UC-NRLF
B 5 273 922

LEHRBUCH
DER
PSYCHIATRIE

VIERTE AUFLAGE

BEARBEITET VON

BINSWANGER - HOCHE - SCHULTZE - SIEMERLING - WESTPHAL u. WOLLENBERG

JENA, GUSTAV FISCHER

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE

VIERTE AUFLAGE

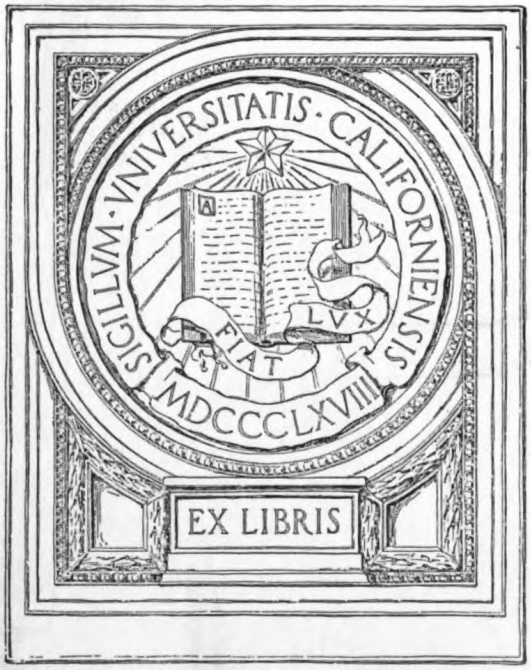
BEARBEITET VON

BINSWANGER-HOCHE-SCHULTZE-SIEMERLING-WESTPHAL u. WOLLENBERG

JENA, GUSTAV FISCHER

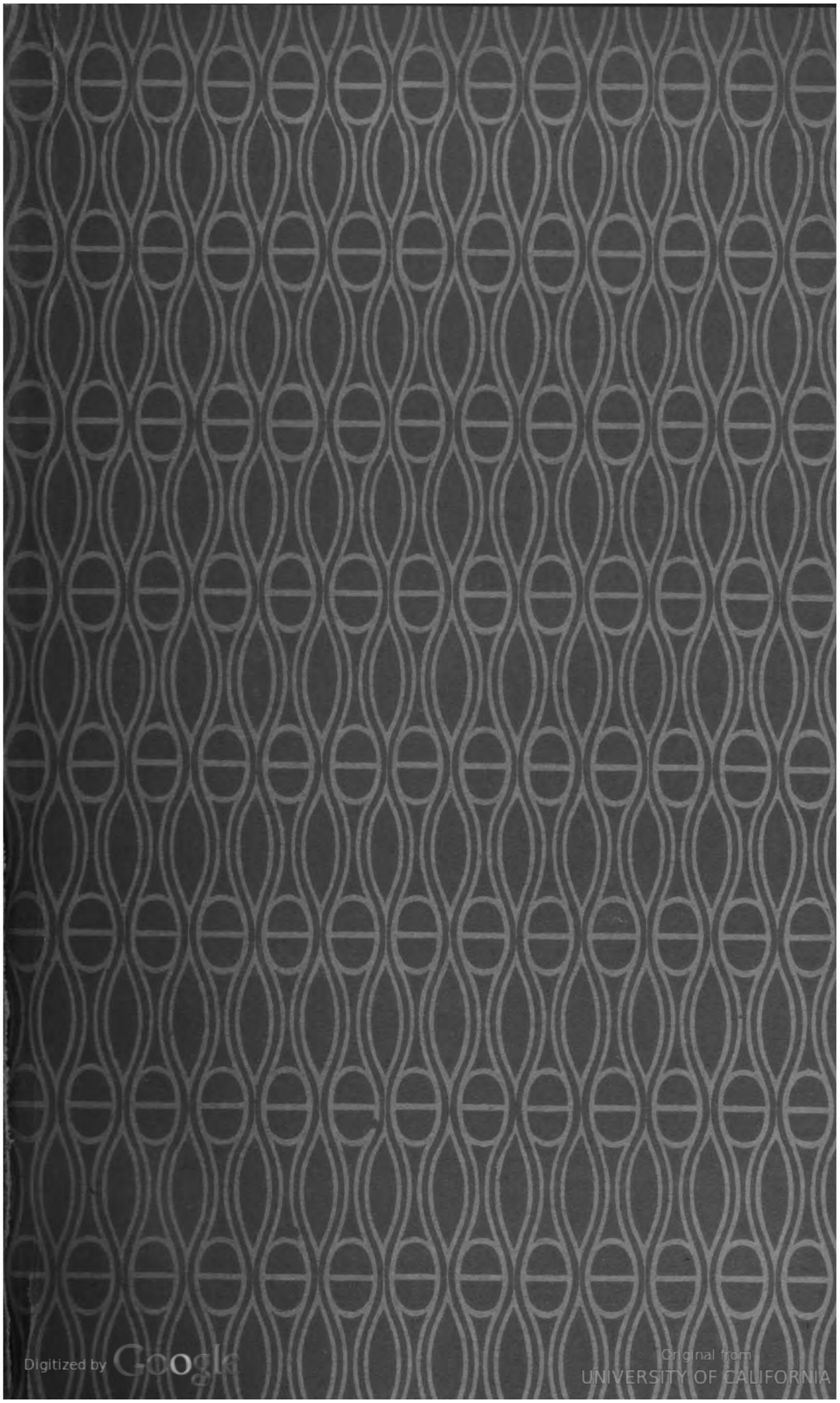
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



Gift of
Dr. Werner Bab

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LEHRBUCH
DER
PSYCHIATRIE

Bearbeitet von

Dr. E. SCHULTZE
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkranke in Göttingen, Geh. Med.-Rat

Dr. A. WESTPHAL
o. ö Professor der Psychiatrie Direktor der psychiatrischen Klinik in Bonn

Dr. A. HOCHE
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. Klinik in Freiburg i. Br., Geh. Hofrat

Dr. R. WOLLENBERG
o. ö. Professor des Psychiatrie, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Straßburg

und den Herausgebern

Dr. O. BINSWANGER
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatrischen Klinik in Jena
Geh. Rat

und

Dr. E. SIEMERLING
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel
Geh. Medizinalrat

Vierte, verbesserte und vermehrte Auflage

Mit 8 Abbildungen und 1 Kurve im Text

RC 454
B61 l
1915

Jena
Verlag von Gustav Fischer
1915

172653

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle Rechte vorbehalten.

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Vorwort zur IV. Auflage.

Der Tod hat eine schmerzlich empfundene Lücke in den Kreis unserer Mitarbeiter gerissen. Geheimer Med.-Rat Prof. August Cramer ist mitten aus seiner Lebensarbeit heraus in vollster männlicher Kraft einer tückischen Krankheit erlegen.

Sein Nachfolger im Lehramt, Herr Geheimer Med.-Rat Prof. E. Schultze ist als Mitarbeiter eingetreten und hat die einschlägigen Abschnitte einer völligen Umarbeitung unterzogen. Auch diese neue Auflage hat in allen Abschnitten, den Fortschritten unserer Wissenschaft entsprechend, mannigfache Umarbeitungen und Erweiterungen erfahren.

Die Herausgeber.
Binswanger. Siemerling.

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Allgemeine Psychiatrie	1—89
Einleitung	1—3
Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten	3—52
I. Die Störungen der Empfindungen	3—13
II. Störungen der Vorstellungsbildung und der Ideenassoziation	13—37
III. Die krankhaften Störungen des Gefühlslebens	37—46
IV. Störungen des Handelns	46—51
V. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Geistesstörungen	51—52
Allgemeine Ätiologie	52—68
I. Individuelle Prädisposition. Endogene Ursachen	52—59
II. Allgemeine prädisponierende Ursachen	59—62
III. Äußere (exogene) Ursachen	62—68
Pathologische Anatomie	68—71
Verlauf, Prognose, Diagnose	71—78
Allgemeine Therapie	78—82
Anhang: Die psychiatrischen Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen	83—89
A. Strafrechtliche Bestimmungen	83—87
B. Die zivilrechtliche Begutachtung des Geisteskranken	87—89

Von O. Binswanger.

Spezielle Psychiatrie	90—149
Die Manie	90—100
Die Melancholie	101—114
Periodische (und zirkuläre) Geistesstörungen	114—126
Die Neurasthenie oder Nervenschwäche	126—143
Die hypochondrische Form der Neurasthenie. (Die Hypochondrie.)	143—149

Von A. Westphal.

Paranoia. Verrücktheit	150—180
I. Paranoia chronica	150—163
II. Querulantenwahnsinn	163—171
Anhang: Paranoia acuta	171—178
III. Induziertes Irresein	178—180
Delirien	180—198
Amentia	199—208
Graviditäts- und Puerperalpsychosen	208—223

Von E. Siemerling.

Die Imbezillität	224—235
Die Idiotie	236—239
Kretinismus, Myxödem und Psychosen bei Basedowscher Krankheit	240—244

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Schizophrenische Prozesse (Dementia praecox) . . . . . 244—245
Hebephrenische Formen . . . . . 245—253
Katatonische Formen . . . . . 253—261
Paranoide Formen . . . . . 262—266

Von A. Hoche.

Toxische Psychosen.
a) Alkoholpsychosen . . . . . 267—287
b) Morphinismus . . . . . 288—291
c) Cocainismus . . . . . 291—292
d) Bleivergiftung . . . . . 292—293
e) Kohlenoxydvergiftung 293
Literatur . . . . . 293—296
Epileptische Seelenstörung . . . . . 297—319
Hysterische Seelenstörung . . . . . 319—334
Psychosen bei Chorea . . . . . 335—338

Von E. Schultze.

Die Dementia paralytica . . . . . 339—381
Geistesstörungen infolge von Syphilis . . . . . 381—386
Geistesstörungen bei Arteriosklerose . . . . . 386—398
Geistesstörungen im Senium . . . . . 392—398
Geistesstörungen bei Gehirntumoren . . . . . 398—400
Geistestörungen bei multipler Sklerose . . . . . 400—401
Traumatische Psychosen. . . . . 401—406

Von A. Wollenberg.

Sachregister . . . . . 407—418

Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Allgemeine Psychiatrie.

Von

O. Binswanger, Jena.

Einleitung.

Die Psychiatrie umfaßt den Teil der Allgemeinerkrankungen des Gehirns, welche vorwaltend mit Störungen der psychischen Vorgänge verknüpft sind. Diese psychischen Vorgänge sind an die Funktion der nervösen Elemente der Hirnrinde gebunden; cortikale Störungen müssen demgemäß als Ausgangspunkt der psychischen Krankheitserscheinungen bezeichnet werden. Man kann deshalb im engeren Sinne sagen: die psychischen Krankheiten sind Allgemeinerkrankungen der Großhirnrinde. Die anatomischen Veränderungen, welche diesen cortikalen Funktionsstörungen zugrunde liegen, sind bislang nur zum geringsten Teil aufgehellt. Es hängt dies nicht allein mit der Schwierigkeit der anatomischen Untersuchung der cortikalen Nervenelemente zusammen, sondern beruht auch sicherlich zum großen Teile auf dem besonders gearteten Verhältnis zwischen den biochemischen und biomechanischen Vorgängen der cortikalen Neurone. Der Gedanke ist naheliegend, daß der psychischen Tätigkeit, den höchststehenden und verwickeltsten Lebensäußerungen, ein Substrat entspricht, welches sowohl hinsichtlich des Baues, als auch der Leistungen seiner elementaren Bestandteile — der Neurone — die höchsten Anforderungen erfüllen muß. Die Aufnahme von Reizen, ihre intracortikale Verarbeitung und die Entsendung von Erregungen unterliegen hier schon unter physiologischen Bedingungen den weitgehendsten Schwankungen, welche nicht nur von der Intensität der Reizwirkungen und von dem Tätigkeitszustande des von dem Reize betroffenen Neurons, sondern auch von den Einwirkungen abhängen, welche durch andere, mit diesem Neurone in leitender Verbindung stehende Neurone auf dasselbe ausgeübt werden.

Es ist bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse unmöglich, das physiologische Problem, welches uns bei der Untersuchung der körperlichen Grundlagen der psychischen Erscheinungen gestellt ist, zu lösen. Um aber zu einer einigermaßen zutreffenden Kennzeichnung der kortikalen Innervationsvorgänge zu gelangen, ist es unerläßlich, sich gewisse Grundlehren der physiologischen Mechanik der Nervensubstanz zu vergegenwärtigen.

Jede äußere Einwirkung auf nervöse Elemente, welche ihre Funktion anregt oder abändert, wird Reiz genannt. Äußere Reize sind die physikalischen und chemischen Einwirkungen, die von der Außenwelt ausgehen, innere („automatische") Reize nennt man alle diejenigen reizenden Einflüsse, die in den die Nervenelemente umgebenden Geweben und Organen ihren Sitz haben (Blut, Gewebsflüssigkeit usw.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jeder Reizvorgang ruft Veränderungen in dem der betreffenden Reizform angepaßten Sinnesorgan und in den mit demselben in leitender Verbindung stehenden Teilen des Zentralnervensystems, so vor allem auch in den zentralen Sinnesflächen der Hirnrinde, hervor.

Es ist ein allgemeines biologisches Gesetz, daß jede Funktion mit einem Zerfall lebendiger Substanz einhergeht, deren Kraftäußerungen vor allem an die chemische Energie des Protoplasmas gebunden sind. Nach VERWORN's Annahme haben wir in einem Teil des lebenden Protoplasmas, in den Biogenen, die eigentlichen Träger der Funktionen desselben zu suchen. Diese Biogene sind äußerst kompliziert gebaute Eiweißverbindungen, die sich durch eine große Neigung zum Zerfall, eine intensive Labilität, auszeichnen. Bei der Funktion tritt ein Zerfall der Biogene ein, dieselben restituieren sich in der darauffolgenden Ruhepause wieder zu ihrer ursprünglichen Zusammensetzung. Man bezeichnet die beiden Phasen des Zerfalls und Wiederaufbaues der Biogene auch als ihre Dissimilation und Assimilation. Soll das Leben des Protoplasmas erhalten bleiben, so muß jede Dissimilation von einer Assimilation gefolgt sein und zwar schließt sich nach der allgemein üblichen Annahme die letztere unmittelbar an die erstere an.

Auch in dem Nervengewebe der Hirnrinde ruft der bis dahin fortgeleitete Reizvorgang eine Dissimilation der äußerst labilen Biogene dieses höchst organisierten Protoplasmas hervor und in diesem Zerfall haben wir nach unseren derzeitigen Anschauungen den materiellen Parallelprozeß der psychischen Erscheinungen zu sehen.

Das Zusammentreffen zweier Reizungen im gleichen Neurone wird als Interferenz der Reizungen bezeichnet. Ihre Wirkung tritt bald als Steigerung (Bahnung), bald als Verringerung (Hemmung) eines im Ablauf befindlichen Erregungsvorganges hervor. Von den besonderen Bedingungen, welche das Ergebnis einer Interferenz von Reizungen bestimmen, sei hier nur die für die Pathologie wichtigste hervorgehoben: der Zustand des nervösen Zentralorganes. Bei normaler Leistungsfähigkeit werden durch Interferenz eher hemmende Wirkungen, bei Erschöpfung eher erregende Wirkungen ausgelöst. Eine Verringerung oder Aufhebung von nervöser Funktion kann demgemäß bedingt sein einerseits durch wirklichen Ausfall bestimmter Arbeitsleistung und andererseits durch Hemmung einer bestehenden Erregung infolge interferierender Reizwirkungen.

Übung im Sinne dieser Prinzipien der Zellenergetik kennzeichnet die Tatsache, daß durch öfters wiederholte gleichartige Reizungen die Fortleitung von Erregungsvorgängen in einer bestimmten Richtung erleichtert wird. Es werden so „ausgeschliffene Bahnen" mit verringerten Leistungswiderständen geschaffen. Unter vikariierender Funktion verstehen wir den Übungserfolg, wenn unter geeigneten Bedingungen die Reizung innerhalb der zentralen Substanz neue Bahnen zu anderen, funktionell nahestehenden Neuronen einschlagen kann, nachdem durch Krankheitsprozesse die früheren Funktionsträger vernichtet worden sind.

Die moderne Forschung über die histologische Zusammensetzung des Nervengewebes hat dazu geführt, daß man in den Neurofibrillen den eigentlichen leitenden Teil des Nervensystems zu suchen habe. Die Neurofibrillen sind die Hauptbestandteile der Achsenzylinder, wie man schon lange weiß; die neueren Untersuchungen haben dieselben aber auch im Inneren der Nervenzellen und deren Protoplasmafortsätzen nachgewiesen, so daß der prinzipielle Gegensatz, den man bezüglich der Funktion zwischen Axonen und Protoplasmafortsätzen annahm, nicht mehr gerechtfertigt erscheint. Beide Arten von Fortsätzen der Nervenzelle enthalten Neurofibrillen, d. h. reizleitende Elemente. Auch in den Rindenzellen der Menschen findet man diese Neurofibrillen und man nimmt weiter an, daß dieselben außerhalb der Zellen ein Netz (das perizelluläre diffuse GOLGI-Netz) bilden, welches man auch als Neuropil bezeichnet hat. Die Forschung hat weiter feststellen können, daß die Annahme völlig getrennter Neurone, bei denen die Endbäumchen eines Neurons nur in mehr oder minder inniger Weise eine Nervenzelle umhüllt oder mit deren Fortsätzen in Berührung tritt, für das erwachsene Individuum nicht gut aufrecht erhalten werden kann, da die Neurofibrillen eine kontinuierliche Verknüpfung zwischen den Nervenzellen herstellen.

Die Übertragung der der Biologie entnommenen Begriffsbestimmungen auf die psychischen Erscheinungen ist nur unter der klaren Erkenntnis der Tatsache statthaft, daß damit über das Wesen der psychischen Prozesse eine Aufklärung nicht geschaffen werden kann. Eine mechanistische Erklärung der psychischen Vorgänge ist schlechterdings unmöglich.

Unter Beiseitelassung eingehender erkenntnistheoretischer Erwägungen kann man nur sagen, daß die psychischen Vorgänge wohl regelmäßig in irgendwelchem Zusammenhang mit einem physischen Kräftewechsel stehen, der in der Großhirnrinde sich abspielt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine irgendwie erschöpfende oder auch nur in allen Teilen befriedigende Aufklärung über die gegenseitigen Beziehungen zwischen materiellen Hirnrindenprozessen und psychischer Leistung besitzen wir nicht. Weder die „Arbeitshypothese vom psychophysischen Parallelismus" noch die Lehre von der psychophysischen Wechselwirkung, die ein kausales Verhältnis zwischen den materiellen Hirnrindenprozessen und dem psychischen Geschehen annimmt, können als Lösungen dieses Problems betrachtet werden. Denn auch für diese zweite, der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise am nächsten liegenden Theorie fehlen bislang, trotz aller Fortschritte der energetischen Forschung die beweiskräftigen Unterlagen. Mit der Annahme, daß das Psychische nur eine besondere Energieform neben anderen Energien sei, ist das Rätsel keineswegs gelöst.

Die einer psychischen Leistung, z. B. einer sogenannten Willenshandlung, entsprechende materielle Reihe ist verhältnismäßig einfach zu konstruieren. Ein peripherer taktiler (optischer, akustischer usw.) Reiz löst eine Erregung in dem zugehörigen cortikalen Sinnesgebiete aus. Mittels Assoziationsfasern wird diese Erregung auf andere, und zwar solche Rindenelemente übertragen, welche infolge früherer, auf gleichen Wegen stattgehabter Erregungen mit dem zuerst erregten Rindenelement schon in leitender Verbindung stehen. Es sind durch diese wiederholten gleichartigen Erregungen nicht nur Bahnen des geringsten Leitungswiderstandes geschaffen worden, sondern es wurden auch bleibende Veränderungen in den Nervenzellen bewirkt (Residuen der früheren Erregungsvorgänge; sog. latente Erinnerungsbilder). Erst nachdem eine mehr oder weniger große Reihe cortikaler Neurone miterregt worden ist, findet dieser Erregungsvorgang seinen Abschluß in der Erzeugung koordinierter Muskelleistungen, welche durch die Miterregung bestimmter Zellen, resp. Zellenkomplexe der cortiko-motorischen Region ausgelöst worden sind.

Flechsig unterscheidet auf Grund seiner entwicklungsgeschichtlichen Studien scharf zwischen Projektionszentren (diese Teile der Großhirnrinde stehen in direkter Verbindung mit den Leitungen, welche Sinneseindrücke zum Bewußtsein bringen und Bewegungsmechanismen, Muskeln anregen) und Assoziations- oder Koagitationszentren (Teile der Großhirnrinde, welche nicht direkt mit Sinneseindrücken von außen her oder aus dem Körperinnern, noch mit Bewegungsimpulsen zu tun haben, sondern Apparate darstellen, welche die Tätigkeit mehrerer innerer Sinnesorgane zusammenfassen zu höheren Einheiten. Sie sind somit Zentren der Assoziation von Sinneseindrücken verschiedener Qualität). Nur etwa ein Drittel der Großhirnrinde birgt nach Flechsig Projektionszentren, die übrigen zwei Drittel sind für die höhere, zusammenfassende Tätigkeit der Assoziationszentren bestimmt.

Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten.

I. Die Störungen der Empfindungen.

In der psychischen Reihe entspricht der cortiko-sensorischen Erregung die Empfindung, während die mittels der assoziativen Verknüpfung miterregten Nervenelemente, welche die Residuen früherer, gleichartiger Erregungen enthalten, das materielle Substrat der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen sind. Der Ausgangspunkt der psychischen Reihe ist also eine Empfindung, an welche sich eine Reihe von Vorstellungen angliedert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Intensitätsstörungen. Aufhebungen oder Herabsetzungen der Empfindlichkeit (Anästhesien und Hypästhesien), bei welchen die Reizschwelle (d. i. die Reizstärke, welche eben ausreicht, um eine Empfindung auszulösen) abnorm hoch liegt, treten kaum als reine, der Geistesstörung als solcher zugehörige Krankheitserscheinungen auf; sie sind vielmehr meistens ein Zeichen dafür, daß die psychischen Krankheitsvorgänge Teilerscheinungen von Neurosen (z. B. Morbus Basedowii) und Neuropsychosen (vor allem der Hysterie und Epilepsie) sind, oder daß sie als Komplikationen materieller (peripherer, spinaler und cerebraler) Erkrankungen des Nervensystems (z. B. periphere Neuritis alcoholica, Tabes und Taboparalyse, multiple Sklerose, Dementia postapoplectica usw.) auftreten.

Das gleiche gilt von den Steigerungen der Empfindlichkeit (Hyperästhesien), bei welchen die Reizschwelle krankhaft erniedrigt ist. Die reinsten Formen kutaner Hyperästhesien bieten die neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitszustände und die Hysterie dar. Doch findet man auch Steigerungen der Berührungsempfindlichkeit bei anderen psychischen Krankheitsformen, vor allem bei den akut einsetzenden Psychosen des Pubertätsalters. Fast immer ist mit der Steigerung der Berührungsempfindlichkeit eine Steigerung der Hautreflexe verbunden.

B. Die Störungen der sensoriellen Gefühle werden, soweit pathologische Verringerungen oder Steigerungen negativer Gefühle in Frage kommen, als Analgesien, resp. Hypalgesien und Hyperalgesien bezeichnet, während die gleichen Erscheinungen auf dem Gebiete der positiven Gefühle An-, resp. Hyphedonien und Hyperhedonien genannt werden.

Dabei gilt als Schmerz das negative Gefühl, welches sehr intensive Empfindungen begleitet, ganz abgesehen davon, ob zugleich eine pathologische Steigerung des peripheren Reizvorganges stattgefunden hat.

Da wir dem Gefühlselemente der Empfindung eine gewisse Selbständigkeit zumessen, so scheint es uns nicht ausgeschlossen, daß es auch einseitige Steigerungen der Gefühlsreaktionen gibt sowohl im Sinne der Hyperalgesien, als auch der Hyperhedonien, ohne daß eine krankhafte Steigerung der Empfindungsintensität vorliegt

Die kutanen Analgesien und Hypalgesien gehören, soweit sie primäre Störungen der Gefühlselemente und nicht nur Begleit- und Folgeerscheinungen veränderter Bewußtseinszustände (Traum- und Dämmerzustände) sind, vornehmlich der Hysterie und Hysteroneurasthenie an. Doch finden wir auch beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn ein sehr erhebliches Sinken der Schmerzgefühle. Viel häufiger und praktisch bedeutsamer sind die Hyperalgesien, welche nicht nur bei der Hysterie und Hysteroneurasthenie, sondern auch bei allen Psychosen mit pathologisch veränderten Gefühlserregungen sehr ausgeprägt sein können. Die kutanen und tiefen Hyperalgesien geben sie bald nur bei Einwirkung mechanischer Reize kund, bald treten sich als sogenannte spontane, streng lokalisierte Schmerzen („topalgische") auf. Es sind hier die umschriebenen kutanen Hyperalgesien bei Erkrankungen innerer Organe (HEAD) und die sogenannten Druckschmerzpunkte besonders zu nennen. Letztere sind kleinere oder größere (bis fünfmarkstückgroße) umschriebene Stellen der Körperoberfläche, von welchen aus durch stärkeren Druck in den tiefer gelegenen Partien, einschließlich der Körperhöhlen, Schmerzen ausgelöst werden können.

Derartige Druckpunkte oder Druckzonen, von welchen aus die weitgehendsten Irradiationen des örtlich erzeugten Schmerzes hervorgerufen werden können, lassen sich in subkutane (Wirbel-, Skapular-, Interkostal-, Inguinal-, Symphysen-, Coccygeal- usw.) und viscerale Druckpunkte unterscheiden. Unter letzteren heben wir

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Iliakal- (fälschlich Ovarie genannt), den Mammal-, den epigastrischen und den Paraumbilikaldruckpunkt (2 Finger breit seitlich vom Nabel) hervor.

Auch die Schmerzen, welche gewisse pathologische Organempfindungen (Gemeinempfindungen) begleiten (Hungerschmerz, Heißhunger, Bulimie), sowie die sog. Paralgesien, welche sich mit abnormen Empfindungen verschiedenster Art (Parästhesien) verbinden, können in das Gebiet der hyperalgetischen Krankheitserscheinungen hineingezogen werden.

Die Störungen der positiven Gefühlstöne, sowohl im Sinne der Hyper-, als auch der Afunktion, spielen in der Symptomatologie der Geistesstörungen eine große Rolle, doch sind sie nur selten als primäre, d. h. als Elementarempfindungen begleitende Gefühlsstörungen erkennbar. Sie beruhen vielmehr meistens auf Reflexionen der Gefühlstöne. Sie werden deshalb besser bei den krankhaften Gefühlszuständen besprochen (vgl. S. 38ff.).

C. Die qualitativen oder inhaltlichen Störungen der Empfindungen (Sinnestäuschungen) zerfallen, wenn wir von den praktisch unwichtigeren Sekundärempfindungen (ein Reiz löst außer der Empfindung auf dem entsprechenden Sinnesgebiete noch eine weitere Empfindung auf einem anderen Sinnesgebiete aus) absehen, in Halluzinationen und Illusionen.

Als Halluzinationen bezeichnen wir Sinnesempfindungen, welche ohne Erregung des betreffenden Sinnes durch ein äußeres Objekt nur infolge innerer Reize auftreten. Ist der pathologische Reizvorgang, welcher Sinnesempfindungen auslöst, im Verlaufe der peripheren Sinnesnervenbahn gelegen, so entstehen elementare Sinnestäuschungen (subjektive Licht-, Klang-, Geschmacks- usw. Empfindungen), welche bei Geisteskranken unter dem Einfluß des wahnhaft veränderten Vorstellungsinhaltes und unter der Mitwirkung krankhafter Stimmungen der Ausgangspunkt neuer Wahnideen werden können. Diese Entstehung der Halluzinationen bei Geisteskranken ist immerhin selten. In der Regel sind pathologische Erregbarkeitszustände in den empfindenden Elementen der cortikalen Sinnesflächen selbst oder in den assoziativen Mechanismen, welche die Begriffs- und Urteilsbildung vermitteln, die Ursache. Im ersteren Falle kommt es meist zu einförmigen, sich monoton wiederholenden Halluzinationen in einzelnen Sinnesgebieten (stabile Halluzinationen (Kahlbaum); sie finden ein Analogon in den hypnagogischen Halluzinationen, welche bei neuropathischen Personen gar nicht selten vor dem Einschlafen auftauchen. Es handelt sich um einzelne Figuren, Blumen, Tiergestalten, Menschenköpfe u. dgl., seltener um einzelne Worte mit unbestimmter Klangfarbe.

Im zweiten Falle findet eine rückläufige Erregung von den latenten und aktuellen Erinnerungsbildern zu den zugehörigen Empfindungszellen statt. Wir sehen also, daß die cortikalen Sinnesflächen wohl immer der Ursprungsort der Halluzinationen sind, daß aber der Ursprungsort der pathologischen Erregung bald in der peripheren Sinnesbahn, bald, und zwar viel häufiger, in den Stätten der Vorstellungs- und Urteilsbildung gelegen sein kann; in jedem Falle fehlt aber ein von der Außenwelt herstammender Reiz.

Die halluzinatorische Erregung führt zu einer Fälschung des Urteils über den wahren Ursprung der Sinnesreizung, indem die Patienten ihre Halluzinationen auf Reize beziehen, welche entweder von der Außenwelt oder wenigstens von Orten herstammen, welche außerhalb der betreffenden Sinnesbahn gelegen sind. Am häufigsten werden dementsprechend die Halluzinationen nach den Gesetzen der exzentrischen Projektion in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die äußeren Sinnesfelder (Gesichts-, Klang-, Tast- usw. Felder) verlegt oder in die verschiedensten Stellen des Körpers selbst („innere Stimmen") lokalisiert.

Ganz verschieden gestaltet sich der Einfluß äußerer Reize auf den Ablauf der pathologischen Erregung.

Viele Kranke schließen die Augen, um ihren Visionen zu entgehen; andere halluzinieren nur nach Augenschluß. Manchmal treten Gehörshalluzinationen nur dann auf, wenn keine oder möglichst wenig äußere Gehörseindrücke stattfinden (z. B. wenn die Patienten sich die Ohren zustopfen, oder wenn nachts alles still ist, oder endlich bei Sträflingen in der Einzelhaft). In anderen Fällen sind umgekehrt äußere, wenn auch unbestimmte Gehörseindrücke notwendig zur Entstehung von Gehörstäuschungen („funktionelle Halluzinationen").

Bei der „Reflexhalluzination" (KAHLBAUM) handelt es sich um die Auslösung einer halluzinatorischen Erregung in einem bestimmten Sinnesgebiete durch wirkliche Sinnesempfindungen auf einem anderen Gebiete. So können die später zu erwähnenden Sprechbewegungsempfindungen durch gehörte Worte erzeugt werden (A. CRAMER).

Ebenso verschiedenartig gestaltet sich der Einfluß der Aufmerksamkeit auf das Auftauchen und Schwinden der Halluzinationen.

Manche Kranke sind von ihren Stimmen befreit, sobald sie sich einer bestimmten körperlichen oder geistigen Tätigkeit, welche ihre Aufmerksamkeit fesselt, hingeben. Auch neue, ungewohnte äußere Eindrücke, z. B. auf Reisen, können die „Stimmen" vorübergehend zum Schwinden bringen. Ein Teil der Patienten sucht aus diesem Grunde, um ihren „Peinigern" zu entgehen, anregende Gesellschaft auf oder betreibt eine die Aufmerksamkeit fesselnde Beschäftigung (z. B. Patience legen). Umgekehrt fliehen andere Patienten die Geselligkeit und suchen stille Orte auf, um ungehindert sich ihren Sinnestäuschungen hingeben zu können. In letzterem Falle gelingt meistens auch der direkte Nachweis, daß das Aufmerken auf die Stimmen, das „Hinhorchen", diese Halluzinationen verstärkt. Alte Halluzinationen können „willkürlich" Bilder hervorzaubern, wenn sie lebhaft an bestimmte Personen denken und dabei den Blick auf einen festen Punkt richten.

Andererseits beklagen sich die Kranken, wenn auch seltener, darüber, daß die Stimmen sofort schwinden, wenn sie genau auf sie achten. „Es gelingt mir nicht, das Schimpfwort zu erhaschen und den Urheber festzustellen; sobald ich ihm meine Aufmerksamkeit zuwende, verstummt er. Das reine Blendwerk der Hölle, das mich äfft und foltert!"

Wir finden Halluzinationen in allen Sinnesgebieten: Gesichtshalluzinationen (Visionen), Gehörshalluzinationen (Akoasmen, d. i. Gehörswahrnehmungen allgemeiner Art, und Phoneme, d. i. halluzinierte Wortklangbilder). Geschmackshalluzinationen, Geruchshalluzinationen, Berührungshalluzinationen (haptische Halluzinationen), kinästhetische Halluzinationen (Halluzinationen im Muskelsinne; CRAMER) und Halluzinationen der Organempfindungen. Auf die klinischen Besonderheiten der Halluzinationen in den verschiedenen Sinnesgebieten wird bei der Schilderung der einzelnen psychischen Krankheitsbilder näher eingegangen werden; hier mögen nur die Verschiedenheiten kurz berührt werden, welche aus der wechselnden Intensität der Halluzinationen, aus ihrer größeren oder geringeren sinnlichen Lebhaftigkeit, sowie aus ihrer verschiedenen räumlichen Projektion entspringen.

Die Visionen sind bald einfache Funken, Sterne, Flammen, Blitze, bald unbestimmt umschriebene, schattenhafte und farblose, menschliche und tierische Gestalten oder Landschaftsbilder, bald treten die halluzinatorisch auftauchenden Gestalten mit greifbarer Deutlichkeit hervor, mit scharf markierten Gesichtszügen und (vorwaltend bei Epileptikern und Alkoholisten) mit bunt gefärbter Körperbedeckung.

So erlebte ein Alkoholist folgende Szenen: Eines Abends stand am Horizont gen Norden ein großes Luftschiff, das er bei der klinischen Demonstration nach Art

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines großen Kahnes an die Tafel zeichnete. In diesem Schiff befand sich zahlreiche Mannschaft in blau und weiß gestreiften Drilljacken; auf dem Kopfe trugen diese sich lebhaft hin und her tummelnden Luftschiffer bunte, zum Teil rote Mützen. Bewaffnet waren sie mit langen Flinten. Sie landeten dann in der Nähe seines Hauses, schifften sich aus, umstellten seine Wohnung und beschossen dieselbe. Der Patient verrammelte rasch die Tür und Fenster und kauerte sich auf seinem Stuhl in seiner Wohnstube nieder. Plötzlich sah er unter dem Tische einen zottigen, schwarzen Hund, einen gelben Ziegenbock und einen alten, bunt gesprenkelten Hahn usw. Er entfloh darauf aus seiner Wohnung und wurde einige Stunden später, von Dorngesträuchen vollständig zerkratzt, aufgegriffen.

Die Visionen bei hysterischen und epileptischen Patienten sind ins Riesenhafte vergrößert oder im Gegenteil zwerghaft verkleinert oder zeigen endlich wirklich gesehene Objekte verdoppelt oder vervielfacht (halluzinatorische Diplopie und Polyopie). Eigentümlich und für die cortiko-sensorische Entstehung der Halluzinationen beweisend ist das Auftauchen von Visionen bei organisch oder funktionell (und zwar wiederum bei der Hysterie und Epilepsie) bedingten hemianopischen Defekten. Die Visionen tauchen vornehmlich in den Gesichtsfeldhälften auf, für welche die Gesichtsempfindungen bei Lichtreizen aufgehoben sind. In anderen Fällen kann man gerade bei den Visionen den Nachweis liefern, daß periphere Einwirkungen die pathologisch gesteigerte Erregbarkeit der cortikalen empfindenden Elemente, die zur Entstehung der Halluzinationen notwendig ist, erst herbeiführen. Es gelingt dies z. B. durch den Liepmannschen Versuch bei Alkoholdeliranten selbst nach Ablauf der stürmischen Krankheitserscheinungen; bei Druck auf die geschlossenen Augen tauchen in den Gesichtsfeldern bald einfarbige, dunkle, bald bunte, mehr oder weniger scharf umrissene Tier- und Menschengestalten auf.

Bei den Gehörshalluzinationen sind die Akoasmen die verschiedensten unbestimmten Geräusche (Brausen, Donnern, Murmeln, Glockenläuten usw.); die Phoneme dagegen bestehen aus teils laut, teils leise gehörten Worten mit verschiedenster Klangfärbung. Besonderes Interesse beansprucht das, wenn auch seltenere, Vorkommen einseitiger Gehörstäuschungen, welche fast durchweg mit chronischen Erkrankungen des Mittelohrs und krankhaften elektrischen Reaktionen des Nervus acusticus (Jolly u. a.) verbunden sind. Es genügt dann die elektrische Reizung des Hörnerven, um die Gehörstäuschungen zu erzeugen.

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen sind sowohl bei akuten, als auch bei chronischen Halluzinationen verhältnismäßig häufig. Sie besitzen eine große praktische Wichtigkeit, weil sie sehr oft die Ursache sind, daß die Patienten die Nahrungsaufnahme verweigern.

Die haptischen Halluzinationen treffen wir am reinsten bei den toxischen (Alkohol-) Psychosen. Das gleiche gilt von den halluzinatorischen Organempfindungen. Außerdem sind sie sehr häufige Begleiterscheinungen des sog. physikalischen Verfolgungswahns.

So machte einer unserer Kranken einen tätlichen Angriff auf einen ihm völlig fernstehenden Herrn, weil er denselben beschuldigte, daß er ihm (dem Kranken) eine Elektrisiermaschine in den Leib praktiziert habe, welche unaufhörlich darin „herumrumore".

Die kinästhetischen Halluzinationen (Bewegungshalluzinationen) üben einen entscheidenden Einfluß auf die Körperhaltung und die Willkürbewegungen der Kranken aus und sind verhältnismäßig oft der Grund eigenartiger Zwangsstellungen und monotoner Abwehrbewegungen. Treten sie im Gebiete der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskulatur (Sprechbewegungsempfindungen) auf, so sagen die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kranken, daß ihnen die Zunge aus dem Munde gezerrt würde, oder daß sie bestimmte Gedanken oder Worte in ihrem Munde fühlten.

Als zusammengesetzte Halluzinationen bezeichnet man die Vereinigung der Halluzinationen mehrerer Sinnesgebiete zur Vortäuschung eines realen Objektes. Am häufigsten ist die Vereinigung von Visionen und Phonemen.

So berichtete ein Kranker: „Die Lichtgestalt Gottes in weißem Gewande, mit wallendem Barte und goldener Krone erschien mir auf einem Apfelbaume in meinem Hausgarten und rief mir laut und deutlich zu: „Wilhelm, wanke nicht!"

Abänderungen der cortikalen Erregbarkeit, infolge deren Sinnesempfindungen ohne äußere Reize ausgelöst werden, können durch die verschiedenartigsten Ursachen bedingt sein. Wir erwähnen hier die akuten und chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Opium, Haschisch, Belladonna usw., die chronischen Metallvergiftungen (Blei), die infektiösen Prozesse (fieberhafte Infektionskrankheiten), anämische und kachektische Zustände (z. B. nach schweren Blutverlusten, postfebrile Erschöpfung usw.). Die Halluzinationen sind auch bei diesen Entstehungsbedingungen mit anderen psychischen Krankheitserscheinungen verknüpft; vor allem bestehen zu gleicher Zeit mehr oder weniger intensive Bewußtseinsveränderungen, welche auf Störungen des assoziativen Mechanismus beruhen. Ferner finden sich halluzinatorische Erregungszustände im Verlaufe der Neurosen (Chorea, Epilepsie, Hysterie) entweder unter dem Einflusse heftiger Affekterregungen oder als Teilerscheinungen komplizierterer psychischer Krankheitszustände, welche auf dem Boden dieser konstitutionellen Neurosen als paroxystische Krankheitsäußerungen entstanden sind. Auch im Verlaufe derjenigen Geistesstörungen, welche durch anatomisch nachweisbare destruktive Prozesse der Hirnrinde ausgezeichnet sind (Dementia paralytica, arteriosklerotische Hirndegeneration, multiple Sklerose), treten Halluzinationen verhältnismäßig häufig auf.

Neuerdings macht sich das Bestreben geltend, die Heroen der Religionsgeschichte, vor allem Mohammed, den Apostel Paulus und Martin Luther, ja sogar Jesus (E. Rassmussen) zu Geisteskranken, zu Hysterikern und Epileptikern zu stempeln, weil sie gelegentlich mehr oder weniger sicher verbürgte halluzinatorische Erscheinungen dargeboten haben. Hierzu sei bemerkt, daß das Vorkommen vereinzelter Halluzinationen oder Illusionen durchaus kein Beweis für das Vorhandensein einer geistigen Störung oder auch nur psychopathischer Beschaffenheit ist. Unter dem Einfluß lange dauernder körperlicher Entbehrungen (Fasten), geistiger Überanstrengung, vor allem in Zuständen heftiger Affekterregungen (religiös-ekstatische Stimmungen) können Halluzinationen auch bei geistig gesunden Menschen auftreten.

Am wichtigsten und am bedeutsamsten für die Gesamtheit der psychischen Vorgänge sind aber diejenigen Halluzinationen, welche ohne besondere Beziehung zu den vorerwähnten spezifischen Schädlichkeiten, vornehmlich infolge krankhafter formaler und inhaltlicher Störungen der Ideenassoziation, Symptome akuter und chronischer Psychosen sind. Hier sind in erster Linie die akuten und chronischen paranoischen Zustände zu nennen, welche auf dem Boden konstitutioneller Veranlagung erwachsen sind. Es sind dann die Sinnestäuschungen vielfach das hervorstechendste Krankheitselement. Der krankhafte Erregungszustand, welcher das Auftauchen von Sinnestäuschungen verursacht, ist besonders bei chronischen Halluzinanten genauer zu verfolgen, weil bei ihnen die innigen Zusammenhänge der Sinnestäuschungen mit den Erinnerungsbildern aus den Äußerungen der Patienten klarer erschlossen werden können. Die Stimmen (denn um solche handelt es sich bei diesen Pa-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tienten vorzugsweise) spiegeln den jeweilig vorhandenen Vorstellungsinhalt wieder (vermittelte oder begleitende Halluzinationen): die Kranken hören ihre eigenen Gedanken. Dieses Lautwerden der Gedanken („Doppeltdenken") wird von den Patienten in verschiedene zeitliche Beziehung zu ihren Denkvorgängen gesetzt. Bald ist es ein „Mitklingen", bald ein „Vorsprechen", bald ein „Nachsprechen". Selbst beim leisen Lesen rufen die Stimmen alle Worte vor; wenn der Kranke spricht, so werden ihm die Worte von außen laut zudiktiert. Alte Halluzinanten klagen auch darüber, daß die Stimmen nicht einfach ihre Gedanken wiederholten, sondern gewissermaßen als Aufpasser und Richter ihres Denkens ihnen Worte zuriefen, welche Urteile über ihr Wollen und Tun enthielten. Der ganze innere Vorgang des Denkprozesses, welcher sich in der Angliederung einfacher und zusammengesetzter Vorstellungen und in der Bildung von Urteilsassoziationen bis zur Gewinnung einer Zielvorstellung vollzieht, wird bei dieser sich fast ausschließlich in Halluzinationen bewegenden Gedankenbildung lebendig. Die Stimmen gliedern sich hier gar nicht selten in verschiedene Parteien.

So berichtete ein Kranker, daß eine Familie, bestehend aus Vater, Mutter und Tochter, ihn vollständig beherrsche. Die Stimme des Vaters sage ihm erst etwas vor, was er tun solle; die Mutter streite heftig dagegen, nenne ihn „Schafskopf", „Lümmel" usw., bis dann endlich die Tochter durch ihr befehlendes Wort die Entscheidung gebe. Durch diese Tochter sei er auch ins Unglück gekommen, da sie ihn gezwungen habe, gegen seine ausdrückliche Überzeugung die häßlichsten Majestätsbeleidigungen auf offener Straße auszurufen. (Der Patient war tatsächlich wegen Majestätsbeleidigung angeklagt; während der gerichtlichen Untersuchung wurde er als chronischer Geisteskranker erkannt.)

In anderen Fällen fassen die Stimmen die wechselnden Gefühlsinhalte in Worte zusammen. Erotische Gefühle und Strebungen wecken widerstreitende Vorstellungen und zugehörige Schamgefühle. Der ganze Widerstreit der um die Herrschaft ringenden Vorstellungen gipfelt dann in Schimpfworten („Schwein", „Hure" usw.). Einer unserer Kranken hört erst obszöne Worte, z. B. „Naturschwanz", die ihn sittlich entrüsten und sofort eine Replik (z. B. „verdammter Kerl") herbeiführen. In diesem Falle sind schon Übergänge zu den unvermittelten Halluzinationen gegeben. Die Halluzinationen erscheinen bei diesen Entstehungsbedingungen als Einschiebungen in den im Ablauf befindlichen Denkprozeß, welche anscheinend ohne jede inhaltliche Beziehung zu demselben stehen. Hier muß angenommen werden, daß pathologische Erregungsvorgänge in latenten Erinnerungsbildern oder Komplexen von Erinnerungen stattfinden, welche bewirken, daß diese Vorstellungen sich als fremdartige, der gesetzmäßigen Ideenassoziation gewissermaßen entrückte Ideen in den normalen Gedankenablauf störend hineindrängen (vgl. hierzu autochthone und Zwangsideen). Zugleich müssen begrifflich zugeordnete Wortklangbilder und Wortklangsempfindungen (Zwangsempfindungen) geweckt werden. Diese unvermittelten Halluzinationen können, wie das vorstehende Beispiel lehrt, zu den merkwürdigsten Neubildungen von Worten führen, welche gebildeten Kranken als widersinnige, ihnen aufgezwungene, „vorgeäffte" Wortverbindungen erscheinen.

Die rückläufige Erregung kortikaler empfindender Elemente bei der Reproduktion von Vorstellungen mit großer sinnlicher Deutlichkeit ist von Kahlbaum als Reperzeption bezeichnet worden. Es besteht nach diesem Autor ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Stärke der Reperzeption und der Reizbarkeit der kortikalen Sinneszentren: je größer die Reizbarkeit dieser letzteren ist, desto leichter werden die Erinnerungsbilder das Gepräge der sinnlichen Deutlichkeit erhalten, desto schwächer braucht dann die rückläufige Erregungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welle zu sein, um dieselben auszulösen, und desto unabhängiger werden sie vom Vorstellungsverlaufe sein (KRAEPELIN). Lediglich als Vorstellungen von großer Lebhaftigkeit sind die Einbildungstäuschungen (KRAEPELIN) aufzufassen, welche als psychische Halluzinationen (BAILLARGER), als Pseudohalluzinationen (HAGEN) oder als Apperzeptionshalluzinationen (KAHLBAUM) bezeichnet worden sind. Bei diesen von den Kranken selbst als innerliche Wahrnehmungen bezeichneten Pseudohalluzinationen handelt es sich höchstwahrscheinlich nur um eine Steigerung der rückläufigen Erregungswelle, nicht aber um eine erhöhte Erregbarkeit der kortiko-sensorischen Zentren[1]). Sie besitzen einerseits eine nahe Verwandtschaft zu den zusammengesetzten Halluzinationen, da sie meist mehrere oder alle Sinnesgebiete in zusammenhängender Weise umfassen, und andererseits zu den vermittelten Halluzinationen, weil sie in engster Beziehung zu dem aktuellen Vorstellungsinhalte stehen.

Umgekehrt sind die Perzeptionsphantasmen oder Wahrnehmungstäuschungen (KRAEPELIN) in der Hauptsache auf pathologische Reizzustände in den kortikalen Sinneszentren selbst zurückzuführen. Sie gehören fast ausschließlich der Gruppe der unvermittelten Halluzinationen an.

Kennzeichnend für den mächtigen Einfluß der Halluzinationen auf die inhaltliche Gestaltung der Wahnideen bei paranoischen Zuständen ist folgendes Beispiel:

Bei einem chronisch paranoischen Arzte waren die ersten Anfänge des Leidens in der Mitte der zwanziger Jahre durch ganz episodisch auftretende halluzinatorische Erregungszustände ausgezeichnet, in welchen beschimpfende Stimmen im Vordergrunde standen. Der intellektuell hochstehende Patient bewahrte damals noch in diesen krankhaften Phasen seine volle Besonnenheit und ließ sich in lange Diskussionen darüber ein, ob er die Worte wirklich gehört oder halluziniert habe. Er stritt förmlich mit seiner Krankheit und suchte auf allen Wegen der Wahrheit auf die Spur zu kommen. So fuhr er eines Tages allein in einem Nachen auf einen großen See hinaus. Als er dort eine Stimme hörte, sagte er sich, wie er nachträglich berichtete, „das muß eine Sinnestäuschung sein". Wenige Stunden später ans Land zurückgekehrt, erklärte er trotzdem neue Phoneme als auf wirklichen Gehörseindrücken beruhend und beschuldigte den Wärter, ihn in der gemeinsten Weise beschimpft zu haben.

Alle Erfahrung und Belehrung ist wertlos geworden gegenüber dem bestimmenden Einfluß der Halluzination auf Denken und Handeln. Ob gleich manche chronische Halluzinationen ihre Sinnestäuschungen von den wirklichen, auf äußeren Reizen beruhenden, auf „natürlichem Wege" entstandenen Sinnesempfindungen zu unterscheiden vermögen, indem sie jene als andersgeartete, ihnen eingegebene, vorgegaukelte Wahrnehmungen bezeichnen, so sind sie doch außerstande, sich ihrem Einflusse zu entziehen. Nur dann, wenn bei akuten, heilbaren Fällen die Zahl und die Intensität der Sinnestäuschungen abnimmt, und wenn zugleich die normalen Urteilsbildungen an Kraft und Sicherheit die Überhand gewinnen, gelingt es den Kranken, ihre Halluzinationen allmählich aus dem Denkinhalte auszuschalten. „Ich höre noch hie und da einzelne Stimmen, aber sie sind mir gleichgültig geworden. Ich habe auch ein paarmal noch Bilder gesehen, aber ich kümmere mich nicht mehr um sie", berichtete eine an periodischen halluzinatorischen Erregungszuständen leidende Patientin fast jedesmal beim Abklingen ihrer Krankheitsphasen. Ist bei chronisch verlaufenden Geistesstörungen ein tiefergreifender Intelligenzdefekt eingetreten, so kann, trotzdem auch weiterhin Phoneme vorhanden sind, infolge der geistigen Verarmung jede Einwirkung derselben auf das

1) Der Ausdruck Zentrum ist hier überall nur im physiologischen Sinne als funktionelle Einheit gemeint und beansprucht keine bestimmte anatomische Bedeutung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tun und Handeln der Kranken vermißt werden. Das sind aber Ausnahmen, welche den Satz nicht erschüttern, daß die Sinnestäuschungen der maßgebende Faktor für die Handlungen der Kranken sind. Es beruht dies nicht auf einer größeren sinnlichen Lebhaftigkeit der Sinnestäuschung im Vergleich zu den normalen Empfindungen. Denn dieser übermächtige Einfluß der Halluzination bleibt sehr oft auch bestehen, wenn ihre sinnliche Deutlichkeit verhältnismäßig gering ist. Viel wichtiger erscheint die Art und der Weg des Erregungsvorganges, welche zur Entstehung der Sinnestäuschung geführt haben. Es sind eben pathologische Vorstellungsreize, welche ihre Grundlage in den Denkvorgängen der Kranken haben, die Ursache dieser begleitenden cortiko-sensorischen Erregungen. Die Gehörstäuschung ist vielfach nur die Zusammenfassung wahnhafter Ideenbildung in knappen Worten. Der ganze krankhafte Vorstellungsinhalt wird gewissermaßen in diese Worte hineingepreßt.

Die abnorm starke Gefühlsbetonung der Halluzination ist sicherlich außerdem ein wichtiges Moment für ihren entscheidenden Einfluß auf den weiteren Vorstellungsablauf. Er wird gehemmt vornehmlich durch angstvolle Halluzinationen (halluzinatorischer Stupor) und beschleunigt durch Halluzinationen, bei welchen Lust- und Zornaffekte vorwiegen (halluzinatorisch bedingte Ideenflucht). Doch its es im einzelnen Falle (z. B. bei den epileptischen Dämmerzuständen) außerordentlich schwer zu unterscheiden, inwieweit die vorhandene Denkhemmung tatsächlich als eine Folgeerscheinung der halluzinatorischen Erregung oder als Teilerscheinung der pathologischen Verschiebung des cortikalen Erregbarkeitszustandes besteht. Das gleiche gilt von der sogenannten halluzinatorischen Verwirrtheit, bei welcher die Inkohärenz sowohl auf einer primären Störung der Ideenassoziation, als auch auf einer sekundären Lösung des gesetzmäßigen Zusammenhanges der Vorstellungen beruhen kann, indem massenhafte und auf den verschiedensten Sinnesgebieten auftauchende Halluzinationen sich in den Vorstellungsablauf hineinzwängen. Mit dieser Inkohärenz ist fast durchweg eine zeitliche und örtliche Unorientiertheit verknüpft. Die Gesamtheit dieser Krankheitserscheinungen führt zu dem Zustandsbild der halluzinatorischen Dämmerzustände oder der halluzinatorischen Delirien (vgl. S. 15 u. 16).

Eine weitere Schwierigkeit besteht hinsichtlich der genaueren Feststellung des genetischen Zusammenhanges zwischen der Wahnbildung und dem Auftauchen von Halluzinationen und Illusionen. Wir werden auf diese Frage später zurückkommen (vgl. S. 35).

Das äußere Verhalten der halluzinierenden Kranken, ihr Mienen- und Gebärdenspiel verrät diese krankhaften Vorgänge, auch wenn die sprachliche Wiedergabe der halluzinatorischen Erlebnisse fehlt. Der bald starre, verzückte, bald unruhig und scheu hin und her irrende Blick des Visionärs, der gespannte, unbewegliche, erwartungsvolle Gesichtsausdruck, die gezwungene Kopfhaltung des auf seine Stimmen horchenden Gehörshalluzinanten sind charakteristische Merkmale. Noch deutlicher ist in vielen Fällen das Gebärdenspiel der Kranken, das gar nicht selten in eigenartigen, ganz monotonen Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes und der Glieder besteht. Auch kompliziertere Bewegungen, sowohl vom Charakter der Abwehr-, als auch der Initiativbewegungen, werden durch den Inhalt, mehr aber noch durch den begleitenden Affekt ausgelöst. Die Kranken stopfen sich die Ohren zu, verkriechen sich unter die Bettdecke, halten sich (bei Geruchshalluzinationen) die Nase zu,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verweigern (bei Geschmackshalluzinationen) die Nahrungsaufnahme oder spucken entrüstet das Essen wieder aus.

Eine eigenartige halluzinatorische Zwangsbewegung, welche zweifellos auf zusammengesetzten vermittelten Halluzinationen (Wortklangempfindungen, Bewegungsempfindungen) beruhte, zeigte einer unserer Kranken. Stürmten die Halluzinationen massenhaft auf ihn ein, so stellte er sich in eine Ecke, machte eine möglichst ausgiebige Kopfdrehung nach links und verkrümmte den Rumpf nach links; den rechten Arm beugte er spitzwinklig und stemmte die rechte Faust in die Hüfte. Dabei stieß er beständig das Wort „pecus campi" aus. Er erklärte nachträglich, daß die Stimmen, welche durch geheimnisvolle, wahrscheinlich spiritistische Einflüsse erzeugt worden seien, ihn zugleich zu dieser Körperhaltung gezwungen hätten. Die Stimmen entlüden sich dann nach außen durch den rechten Ellenbogen, „wie aus einer Leidener Flasche".

Praktisch am bedeutungsvollsten sind die ganz plötzlichen und unvermittelten impulsiven Handlungen der Kranken, welche an imperativen Phonemen leiden. Ein chronischer Halluzinant hackte sich eines Tages im Holzstalle, in welchem er seit Jahren ohne jede Störung beschäftigt war, das Endglied des kleinen Fingers der linken Hand ab. Lächelnd gab er an, daß ihm eine Stimme dies befohlen habe. Aber auch Hemmungen der psychomotorischen Aktion (wochen- und monatelang dauernde merkwürdige Zwangsstellungen des Körpers) können durch Halluzinationen bedingt sein. Teils sind es imperative Halluzinationen, welche die Ausführung von Bewegungen verbieten, meist mit der Drohung verknüpft, daß sonst ein grauenvolles Unheil über den Kranken oder seine Angehörigen hereinbrechen werde, teils sind es schreckhafte oder religiös-ekstatische („faszinierende") Visionen, welche diese motorischen Hemmungen bedingen.

Treten die Halluzinationen massenhaft auf und überwiegen heitere und erregende Gefühlstöne, so kann sich das Bild einer ganz ungeordneten, sogenannten halluzinatorischen Agitation entwickeln; sind die Halluzinationen mit intensiven Zornaffekten verknüpft, so kommt es gelegentlich zu blinden Wutausbrüchen mit gemeingefährlichen Handlungen (vgl. die epileptischen und alkoholistischen halluzinatorischen Erregungen).

Die Illusionen entstehen dadurch, daß wirkliche, d. h. äußeren Reizen entspringende, Empfindungen unter dem Einfluß krankhafter Erregungsvorgänge in den cortikalen Sinnesflächen die verschiedenartigsten Abänderungen oder Umgestaltungen erfahren. Die Illusionen sind also Sinnesfälschungen, sei es, daß Verkennungen wahrgenommener äußerer Objekte oder eine inhaltliche Verwandlung des vom eigenen Körper herstammenden Empfindungsmaterials stattfinden. Ihre innige Verwandtschaft zur Halluzination, von welcher sie nur allzu häufig nicht scharf unterschieden werden können, besteht darin, daß in beiden Fällen eine rückläufige Erregung im Sinne der Reperzeption Kahlbaums von den Zentren der Vorstellungsbildung (den „Vorstellungszellen") zu den cortikalen Sinneselementen (den „Empfindungszellen") erfolgen muß: Vorstellungen von besonderer Lebhaftigkeit und Affektbetonung treten dann in eine ganz regelwidrige assoziative Verknüpfung mit neu zufließenden Empfindungen, und zwar entweder mit solchen, welche durch Ähnlichkeit eine assoziative Verwandtschaft haben (z. B. die Umdeutung gehörter Worte zu Beschimpfungen), oder auch mit solchen, die in gar keiner Beziehung zum Vorstellungsinhalte stehen. In letzterem Falle ist kaum festzustellen, ob eine wirkliche Illusion oder eine wahnhafte Umdeutung, eine illusionäre Auslegung, stattgefunden hat. Recht häufig werden beide Faktoren an dieser Form der Urteilstäuschung beteiligt sein. Geradezu unmöglich ist die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterscheidung auf dem Gebiete der Geruchs-, Geschmacks-, Haut- und inneren Organempfindungen, weil hier das Vorhandensein eines äußeren Reizes niemals mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Auch bei den elementaren Gehörs- und Gesichtshalluzinationen finden sich zahlreiche fließende Übergänge zu den Illusionen. So ist es z. B. bei den mittels des LIEPMANNschen Versuches bei den Alkoholdeliranten erzeugten Visionen fraglich, ob Halluzinationen oder Illusionen vorliegen. Denn es gelingt nicht nur durch Druck auf die Augäpfel, also beim Wegfall von Lichtreizen, sondern auch durch Fixierung eines glänzenden Gegenstandes die Sinnestäuschungen hervorzurufen.

Die Illusionen, welche schon bei Gesunden unter bestimmten Umständen (Undeutlichkeit der äußeren Gegenstände, einseitige Richtung des Vorstellungsinhaltes mit spannungsvoller Erwartung) durchaus keine ungewöhnlichen Erscheinungen sind, spielen bei den Geisteskranken eine mindestens ebenso bedeutsame Rolle wie die Halluzinationen. Hier wird die Umformung einer wirklichen Sinnesempfindung hauptsächlich oder fast ausschließlich durch wahnhafte Vorstellungen bewirkt. Am häufigsten werden auf dem Gebiete der Gesichtsillusionen Sinneseindrücken phantastische Zutaten, welche dem Schatze der Erinnerungsbilder entnommen sind, von den Kranken hinzuhalluziniert und weiterhin wahnhaft verarbeitet: die ihnen begegnenden Menschen zeigen höhnisch verzerrte Gesichter, spöttische und drohende Gebärden usw. Ebenso werden bei den Gehörsillusionen aus unbestimmten Geräuschen höhnische Zurufe, Schimpfworte gehört. Eine unserer Kranken hörte aus dem Knistern des Ofenfeuers das Wimmern ihrer gemarterten Enkelkinder heraus. Sie verweigerte die Nahrungsaufnahme, weil aus den dargebotenen Speisen ihr die Augen der Enkelkinder entgegenstarrten. Die Geruchs- und Geschmacksillusionen sind eine ebenso ergiebige Quelle der Nahrungsverweigerung wie die Halluzinationen, wenn unangenehme, ekelhafte Geruchsempfindungen zu den abenteuerlichsten Wahnvorstellungen des Vergiftetwerdens führen. Am häufigsten scheinen illusionäre Berührungs- und Organempfindungen zu sein, welche mit Vorstellungen eines stattgehabten Stuprumversuches, einer Schwängerung, eines gewaltsamen operativen Eingriffs, einer krankhaften Verlagerung einzelner Organe usw. verbunden sind.

II. Störungen der Vorstellungsbildung und der Ideenassoziation.

Schon die vorstehend besprochenen Störungen der Empfindungen wiesen auf den unlösbaren Zusammenhang zwischen den einzelnen, sowohl elementaren als auch zusammengesetzten, affektiven und intellektuellen Bestandteilen der psychischen Prozesse hin.

Die Summe der zeitlich zusammentreffenden psychischen Vorgänge bezeichnet man als Bewußtsein. Äußere und innere Reize müssen, um die Schwelle des Bewußtseins zu überschreiten, d. h. um überhaupt psychische Vorgänge auszulösen, einen bestimmten Wert, den sogenannten Schwellenwert, erreichen.

Der Inhalt des Bewußtseins deckt sich mit dem Besitze von Erinnerungsbildern, welche ein Mensch während seines Lebens sich erworben hat, und ist im letzten Grunde abhängig von der Summe von Sinnesempfindungen, welche dem Organ des Bewußtseins, der Großhirnrinde, zufließen. Legt man (WERNICKE) die FECHNER'sche Theorie von der psychophysischen Bewegung der Betrachtung der psychischen Prozesse zugrunde, und versucht man, nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur den Inhalt, sondern auch die Tätigkeit (den stattfindenden Erregungsvorgang) sich zu veranschaulichen, so kann auch von Graden des Bewußtseins gesprochen werden. Der Wellengipfel der psychophysischen Erregung bezeichnet die größte Helligkeit des Bewußtseins, die größte Intensität des Erregungsvorganges. Die Erfahrung, daß immer nur ein Wellengipfel in der in einer Kurve gezeichneten Erregungswelle bei der psychophysischen Bewegung vorhanden ist, hat zu dem Begriffe der Einheit oder Enge des Bewußtseins geführt. „Man ist weder imstande zwei Dinge zu gleicher Zeit zu denken, noch zu tun, noch wahrzunehmen" (WERNICKE). Die Kontinuität des Bewußtseins, d. i. des Gedankenablaufs zwischen Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung, wird dadurch hergestellt, daß neben der auf dem Gipfel der Erregungswelle wirksamen Vorstellung die assoziativ verwandten Vorstellungen in dem aufsteigenden und absteigenden Schenkel der Kurve mitenthalten sind, mit anderen Worten, daß die Ideenassoziation in hervorragendem Maße von der Konstellation der latenten Erinnerungsbilder beherrscht wird (vgl. S. 21).

Der Ausdruck „Bewußtseinsstörungen" (Bewußtseinsveränderungen, Bewußtseinstrübungen) bedeutet nichts anderes als krankhafte Abweichungen des gesetzmäßigen Ablaufes der psychischen Vorgänge, welche uns am deutlichsten in den Anfangsteilen der assoziativen Tätigkeit, in dem Vorgang des Aufmerkens und des Wiedererkennens, und in den Endgliedern, den sogenannten Willenshandlungen, erkennbar werden. Je nach der Erhöhung des psychophysischen Schwellenwertes, d. i. der geringeren oder größeren Erschwerung der Aufnahme und der Verarbeitung von Sinnesempfindungen unterscheidet man verschiedene Helligkeitsgrade des Bewußtseins. Diejenige Bewußtseinstätigkeit, bei welcher die Merkfähigkeit und die Aufmerksamkeit, sowie der Ablauf der Ideenassoziation in formaler Hinsicht nicht geschädigt ist, nennt man Besonnenheit. Hierbei können trotz völlig erhaltener Orientierung die weitgehendsten inhaltlichen Störungen des Denkprozesses vorhanden sein.

Unter Dämmerzuständen sind akut oder subakut einsetzende Bewußtseinsstörungen meist vorübergehender Art — ausnahmsweise können sie sich bei hysterischen und epileptischen Kranken über Wochen und Monate hin erstrecken — zu verstehen, bei welchen die zeitliche und räumliche Orientierung und damit im engsten Zusammenhang die Ideenassoziation krankhaft verändert ist. Die Unorientiertheit kann sich, wie besonders epileptische Dämmerzustände lehren, gelegentlich nur auf die zeitliche und nicht auch auf die räumliche Orientierung erstrecken. Die Dämmerzustände sind dadurch ausgezeichnet, daß auf Grund eigenartiger, bislang unaufgeklärter Verschiebungen der kortikalen Erregbarkeitszustände äußere oder innere Reize Empfindungen und mehr oder weniger weit ausgesponnene Ketten von Erinnerungsbildern auslösen, welche in assoziativer Verbindung untereinander stehen und zu geordneten, wenn auch unzweckmäßigen (zum Teil verbrecherischen) Handlungen Veranlassung sind. Dabei sind die assoziativen Brücken zwischen dem Wachbewußtsein und demjenigen des Dämmerzustandes größtenteils abgebrochen. Denn es stehen engere oder weitere Vorstellungsgebiete in gesetzmäßiger assoziativer Verknüpfung untereinander, während sie in gar keinem oder nur lockerem Zusammenhang mit den Vorstellungsverbindungen des Wachbewußtseins stehen. Daraus resultiert eins der wesentlichsten, aber nicht absolut notwendigen klinischen Merkmale der Dämmerzustände: der völlige oder teilweise Erinnerungsdefekt für die Erlebnisse des Dämmerzustandes (totale oder partielle Amnesie).

Der Abschluß dieses krankhaften Zustandes ist ebenfalls meistens ein plötzlicher, unvermittelter; die Patienten wachen wie aus einem traumerfüllten Schlaf auf, blicken erstaunt um sich und suchen sich zuerst räumlich und zeitlich zu orientieren. Es können so die Dämmerzustände zu scharf umschriebenen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von dem normalen geistigen Verhalten genau abgegrenzten Krankheitszuständen werden. Das physiologische Paradigma dieser pathologischen Bewußtseinszustände ist der Schlaf, bei welchem es sich ebenfalls um eine teilweise oder völlige Ausschaltung normaler Vorstellungsverbindungen unter sich oder mit den zugehörigen Empfindungen handelt. Die Träume, welche vorwaltend von inneren Reizen (z. B. Organempfindungen) angeregt werden, im wesentlichen aber aus illusionären Phantasievorstellungen (Traumphantasmen) und wahren Traumhalluzinationen zusammengesetzt sind, bilden ein Analogon der Bewußtseinstätigkeit im Dämmerzustande. Das Traumleben des normalen Menschen charakterisiert sich durch fast völliges Ausbleiben der motorischen Reaktionen, trotzdem daß im Traume sehr oft lebhafte Bewegungsvorstellungen auftauchen. Pathologische Traumzustände, welche fließende Übergänge zu den vorstehend geschilderten Dämmerzuständen enthalten, sind häufiger mit lebhaften motorischen Reaktionen verknüpft (Noctambulismus und Somnambulismus). Es ist bemerkenswert, daß bei ausgesprochenen Psychosen (z. B. den paranoischen Zuständen) vielfach enge Beziehungen zwischen den Traumerlebnissen und dem Inhalte der Wahnideen (im Wachzustande) festgestellt werden konnten. Außer der Hysterie und Epilepsie sind vor allem die akuten Vergiftungen (Alkohol, Kohlenoxyd, Metalldämpfe usw.) die Veranlassung dieser Krankheitszustände. Aber auch durch heftige psychische Erschütterungen (emotioneller Shock) oder durch mechanische Schädigungen (Commotio cerebri) werden Dämmerzustände ausgelöst.

Der Erinnerungsdefekt beschränkt sich durchaus nicht immer auf diesen Dämmerzustand allein, sondern erstreckt sich auch auf einen kürzeren oder längeren Zeitraum, der vor dem Einsetzen des krankhaften Zustandes gelegen ist (retrograde Amnesie). Als anterograde Amnesie bezeichnet man den Erinnerungsdefekt, welcher sich auf Vorgänge erstreckt, welche nach Beendigung des Dämmerzustandes stattgefunden haben. Bei Feststellung dieser immerhin selteneren Gedächtnisstörung spielt die Herabsetzung der Merkfähigkeit und die dem Dämmerzustande nachfolgende Erschwerung der assoziativen Vorgänge die wesentlichste Rolle. Diese anterograde Amnesie läßt sich deshalb nicht genauer trennen von der sogenannten retardierten Amnesie, bei welcher anfänglich nach Beendigung des Dämmerzustandes die Erinnerung für einzelne Erlebnisse desselben noch vorhanden ist, während bald nachher diese Erinnerungsbilder völlig geschwunden sind. Ganz eigenartige, gewissen experimentell erzeugten hypnotischen Dämmerzuständen symptomatologisch nahe verwandte Krankheitsvorgänge bieten immerhin seltene Fälle schwerer Hysterie dar, bei welchen in mehr oder weniger regelmäßigem Wechsel ganz verschiedenartige Bewußtseinszustände sich einstellen. Es entwickeln sich so zwei, drei und mehrere „alternierende Bewußtseinszustände", von denen der erste und dritte, der zweite und vierte in enger assoziativer Verbindung stehen, während im zweiten und vierten Zustande eine völlige Amnesie für die Erlebnisse des ersten und dritten besteht. Man hat in wenig zweckmäßiger Weise in solchen Fällen von einer „Verdoppelung" oder sogar „Vervielfachung des Bewußtseins" oder der „Persönlichkeit" gesprochen.

Illusionen und Halluzinationen sind in der Mehrzahl der Dämmerzustände vorhanden. Meist sind es zusammenhanglose, in raschem Wechsel auftauchende und wieder verschwindende Visionen und Akoasmen mit lebhaftester Affektbetonung. Doch finden wir auch zusammenhängende halluzinatorische Erlebnisse. So erzählte ein 20jähriger Epileptiker: „Ich war unendlich glücklich; der liebe Gott führte mich auf einer goldenen Leiter zum Himmel hinauf. Ich sah die Engel in blauen Mänteln; überall tönte liebliche Musik." Für die übrigen Vorgänge während dieses Dämmerzustandes war er amnestisch. Soweit aus den meist spärlichen und abgerissenen sprachlichen Äußerungen zu entnehmen ist, werden wahnhafte Beziehungsvorstellungen aus den halluzinatorischen Erleb-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nissen gebildet (wahnhafte Einfälle). Die mimischen und pantomimischen Aktionen, sowie die Handlungen der Kranken zeigen die mannigfachsten Störungen. Sie werden in der speziellen Psychiatrie geschildert werden.

Als delirante Zustandsbilder werden rasch verlaufende, tiefer greifende Bewußtseinsstörungen mit stürmischen Reizerscheinungen auf sensorischem (Illusionen, Halluzinationen) und motorischem Gebiete bezeichnet, bei welchen die primäre Inkohärenz, die Desorientierung, sowie der abnorm beschleunigte Ablauf des dissoziierten, durch Halluzinationen und Illusionen vielfach bestimmten Vorstellungsinhaltes die wesentlichsten Merkmale sind. Diesen deliranten Zuständen begegnen wir wiederum am häufigsten bei den Intoxikations- und Infektionspsychosen, bei chronischen Erschöpfungszuständen und nach schweren Blutverlusten, z. B. bei Placenta praevia. Sie unterscheiden sich von den Dämmerzuständen durch die traumhafte Verwirrtheit und die regellosen motorischen Entladungen (vgl. S. 174ff.). Als mussitierende Delirien werden diejenigen bezeichnet, bei welchen die motorische Agitation hinter der lebhaften halluzinatorischen Erregung mehr zurücktritt. Nur ein leises, schwer verständliches Murmeln, aus dem nur einzelne zusammenhanglose Worte verständlich werden, begleitet die inneren halluzinatorischen Vorgänge und geben neben abortiven Greif- und Zupfbewegungen der Hände Kunde von den kortikalen Reizerscheinungen.

Nach dem Grade der Bewußtseinsstörung werden auseinandergehalten: a) die Benommenheit, Somnolenz; der Kranke liegt in schlafähnlicher Apathie, kann aber leicht durch Anrufen, leise Nadelstiche, Bespritzen mit Wasser u. dgl. geweckt werden. Sich selbst überlassen, sinkt er bald wieder in den alten Zustand zurück.

b) Sopor; die Bewußtseinsstörung ist tiefer; der Kranke nur schwer und auf Augenblicke zu erwecken; die Weckung gelingt auch nur durch intensive Hautreize.

c) Koma; das Bewußtsein ist völlig aufgehoben (Bewußtlosigkeit); die Kranken reagieren auf äußere Reize nicht mehr; die Haut- und Sehnenreflexe sind erloschen.

Bevor wir die Störungen der Vorstellungstätigkeit im einzelnen besprechen, sei darauf hingewiesen, daß von sinnlich wahrnehmbaren Gegenständen „Partialvorstellungen" in verschiedenen Hirnteilen niedergelegt sind, welche in assoziativer Verbindung untereinander stehen und in ihrer Gesamtheit die Vorstellung des Gegenstandes bilden. Erst durch das Hinzutreten der sprachlichen Komponenten (motorische, akustische, optische Sprachvorstellungen) gelangen wir zu sinnlichen (konkreten) Begriffen. Aus konkreten Einzelbegriffen werden allgemeine sinnliche Begriffe gebildet, bei welchen die zahlreichen und nur lose miteinander verknüpften Einzelvorstellungen ohne das gemeinschaftliche Band der Wortvorstellung auseinanderfallen würden. Je allgemeiner und zusammengesetzter Begriffe sind, um so mehr Partialvorstellungen sind im ganzen Gebiet der Hirnrinde mit der Worterregung verknüpft. Auch alle Begriffe, welche eine Beziehung der konkreten Gegenstände untereinander ausdrücken, lassen sich noch direkt auf Empfindungen zurückführen (konkrete Beziehungsbegriffe). Diejenigen zusammengesetzten Allgemeinvorstellungen, welche begriffliche Zusammenfassungen oder Ableitungen darstellen, bezeichnen wir als abstrakte. Als Phantasievorstellungen bezeichnen wir diejenigen, bei welchen die den Empfindungen entlehnten Teilvorstellungen zu Vorstellungskomplexen vereinigt sind, welchen die Beziehung auf ein wirkliches Objekt fehlt. Die Phantasievorstellungen sind also Vorstellungskombinationen, für welche analoge Empfindungskombinationen nie existiert haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von den vielen zentripetal geleiteten Reizen, welche, sei es von der Außenwelt, sei es von dern Körperorganen, zu gleiche Zeit dem Organ des Bewußtseins zufließen und Empfindungen bewirken, werden jeweilig nur einzelne oder meist nur eine einzige durch Weckung des zugehörigen Erinnerungsbildes zu Wahrnehmungen; diese Empfindung zieht unsere Aufmerksamkeit auf sich und wirkt bestimmend auf den Gang der Ideenassoziation ein.

Im Zusammenhang mit der Aufmerksamkeit steht, soweit nicht angeborene oder erworbene geistige Schwächezustände in Frage kommen, die Merkfähigkeit, d. h. die Fähigkeit der Erwerbung neuer Erinnerungsbilder und Vorstellungen (Wernicke). Sie ist streng zu unterscheiden von dem Gedächtnis im engeren Sinne, welches nur den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen umfaßt und im wesentlichen bestimmt wird durch die Erinnerungsfestigkeit vergangener Eindrücke (Kraepelin). Die Merkfähigkeit ist also die Voraussetzung für die Vermehrung, resp. Ergänzung des Gedächtnisses, jedoch nicht maßgebend für die Gedächtnisfestigkeit.

Wir begegnen hier zuerst gewissen elementaren Störungen, welche sich auf den Erwerb neuer und auf die Erhaltung früher erworbener Vorstellungen beziehen. Die erstere Störung beruht auf einer Herabsetzung oder dem Verluste der Merkfähigkeit, welche, wie wir gesehen haben, hauptsächlich von der Aufmerksamkeit abhängig ist. Es ist deshalb leicht verständlich, daß alle Krankheitsvorgänge, in welchen die ersten Akte der Vorstellungsbildung krankhaft verändert sind, diese Störungen aufweisen. Die Amnesien, denen wir oben bei den Dämmerzuständen begegnet sind, werden, wie wir hier ergänzend hinzufügen, nicht ausschließlich durch Störungen des assoziativen Zusammenhanges einzelner Vorstellungsketten mit dem Vorstellungsinhalte des Wachbewußtseins hervorgerufen, sondern sind zum Teil auch Folgeerscheinungen der gestörten Merkfähigkeit, indem die Erwerbung neuer Erinnerungsbilder die Möglichkeit ihres Festhaltens, der dauernden Einprägung, geradezu zur Voraussetzung hat. Eine Störung der Merkfähigkeit bedingt also ebenfalls Erinnerungsdefekte.

Bei den Gedächtnisstörungen, bei welchen es sich also um einen Verlust früher erworbener Vorstellungen handelt, haben wir es zum Teil nur mit einer krankhaften Steigerung von Vorgängen zu tun, welche noch den physiologischen Geschehnissen zugerechnet werden. Alle unsere latenten Erinnerungsbilder, das sind die materiellen Spuren unserer Vorstellungen, sind der Veränderung und schließlich dem Untergange geweiht infolge der Stoffwechselprozesse innerhalb der Rindenelemente, falls nicht durch stetig wiederholte neue Erregungen, durch häufigere Reproduktionen der Vorstellungen die materiellen Spuren immer wieder gefestigt werden. Sehen wir von den individuellen Schwankungen des Gedächtnisses, d. h. der Dauerhaftigkeit der materiellen Spuren früherer Sinneseindrücke, sowie von den angeborenen Gedächtnisdefekten auf Grund von Merkunfähigkeit ab, so sind zu unterscheiden der isolierte Defekt gewisser Elementarvorstellungen, z. B. optischer oder akustischer Erinnerungsbilder (Seelenblindheit, Seelentaubheit), welcher durch Herderkrankungen bewirkt wird, und der diffuse Verlust von Erinnerungsbildern. Nur dieser letztere beansprucht bei den psychischen Krankheitszuständen eine erhöhte praktische Bedeutung. Er kann auf doppeltem Wege entstehen: einmal dadurch, daß der Krankheitsprozeß die anatomischen Substrate der Vorstellungen in irgendeiner Form schädigt oder vernichtet, sodann dadurch, daß die über die ganze Rinde ausgebreiteten assoziativen Bahnen, deren Integrität zur Reproduktion von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zusammengesetzten und allgemeinen Vorstellungskomplexen und zur Urteilsbildung unerläßlich ist, Leitungserschwerungen oder Leitungsunterbrechungen erlitten haben. Höchstwahrscheinlich sind für den Erinnerungsverlust beim erworbenen Schwachsinn beide Reihen von Krankheitsvorgängen wirksam. Die reinsten Beispiele der fortschreitenden Gedächtnisschwäche bietet die Dementia paralytica und die Dementia senilis dar, während die sog. postsyphilitische Demenz, welche gewissermaßen der Rückstand einer akut einsetzenden und stürmisch verlaufenden Lues cerebrospinalis ist, einen gleichbleibenden Ausfall von Erinnerungsbildern aufweist. Bei dieser letztgenannten, sowie bei der Korsakoffschen Psychose können auch ganz partielle Erinnerungsdefekte für einzelne Gruppen oder Reihen von Erinnerungen vorkommen. In gleicher Weise, ja noch deutlicher findet sich gelegentlich ein derartiger partieller Gedächtnisdefekt bei dem Schwachsinn, welcher einem schweren Kopftrauma nachfolgt. So hatte ein 15jähriger Knabe, welcher nach einem Sturze aus dem Wagen eine mehrmonatliche traumatische Psychose durchgemacht hatte, alle Zahlenbegriffe vergessen.

Auch bei der fortschreitenden Einbuße der Erinnerungsbilder ist, besonders im Beginne der Erkrankung, erkennbar, daß die Gedächtnisschwäche sich nur auf bestimmte Gruppen von Vorstellungen beschränken kann. Vor allem sind es die konkreten Erinnerungbilder (Orts-, Zahlen-, Namengedächtnis), welche zuerst zugrunde gehen. Bei tiefer greifenden Gedächtnisdefekten macht sich das „Gesetz des rückschreitenden Erinnerungsverlustes“ (Ribot) geltend: zuerst und am raschesten gehen diejenigen Kenntnisse und Erlebnisse verloren, welche in jüngster Zeit vor Einsetzen der Krankheit in den geistigen Besitz aufgenommen worden sind. Viel später erst folgen die Erinnerungen aus früheren Lebensperioden nach. Beim Altersschwachsinn läßt sich oft beobachten, daß dieser Zerstörungsprozeß lange Zeit hindurch auf einer gewissen Stufe beharrt. So konnte eine unserer Kranken, die im 80. Lebensjahre stand, alle Ereignisse bis zu ihrem 38. Jahre aufs genaueste, mit Angabe der nebensächlichsten Einzelheiten, wiedererzählen, während alle späteren Erlebnisse vollständig aus der Erinnerung ausgelöscht waren. Bei der senilen Demenz, ebenso bei der Korsakoffschen Geistesstörung lassen sich häufig Übergänge zur transcortikalen Aphasie nachweisen.

Eng verknüpft mit diesen Gedächtnisstörungen sind die Fälschungen der Erinnerungsbilder, bei welchen ihre inhaltliche Übereinstimmung mit wirklichen Erlebnissen gelitten hat. Man trennt hier zweckmäßig die Erinnerungsentstellungen (krankhafte Umgruppierung und assoziative Verknüpfung der Teilbestandteile wirklicher Erlebnisse) von den Erinnerungsfälschungen im engeren Sinne („Konfabulation“), bei welchen eine völlig freie Erfindung scheinbarer Reminiszenzen stattfindet, denen gar kein Vorbild in der Vergangenheit entspricht (Kraepelin).

Sully bezeichnet sie als Halluzinationen der Erinnerung. Wernicke unterscheidet eine positive Form der Erinnerungsfälschung, worunter er die vorstehend genannten Störungen versteht, und eine negative Modifikation der Erinnerungsfälschung, welche durch das Auftreten zirkumskripter Lücken in dem sonst wohlerhaltenen Gedächtnismaterial gekennzeichnet wird. Dabei besteht keine Trübung des Sensoriums oder Verlust der Merkfähigkeit zur Zeit des in Frage kommenden Erlebnisses.

Zwischen den Erinnerungsentstellungen und den Erinnerungsfälschungen stehen in der Mitte diejenigen „Paramnesien“, welche sich an ein vor Stunden oder vor Tagen stattgehabtes Erlebnis anschließen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hierher gehört die Krankheitserscheinung, daß die Weckung konkreter Vorstellungen durch äußere Sinneseindrücke sich sofort mit durchaus irrtümlichen Urteilsassoziationen verbindet, welche hauptsächlich örtliche und zeitliche Beziehungsbegriffe enthalten. Die Kranken behaupten dann, bestimmte Gegenstände oder Personen schon früherhin (vor Wochen und Monaten) und an anderen Orten kennen gelernt, resp. gesprochen zu haben. Die zugrunde liegenden Sinneseindrücke erscheinen in der Erinnerung der Kranken manchmal als Traumbilder, die jetzt in wirklichen Erlebnissen eine Bestätigung gefunden haben.

Eine seltenere Form der Erinnerungsfälschung oder richtiger Erinnerungstäuschung (Sander), welche übrigens mit Vorgängen im gesunden Leben (bei geistiger Ermüdung) enge Beziehungen hat, ist die hauptsächlich bei Epileptikern und Alkoholisten zu beobachtende „identifizierende". Sie wird auch als Empfindungsspiegelung bezeichnet. Nicht bloß Teilbestandteile von Erlebnissen, sondern ihre Gesamtheit mit allen Einzelheiten, wobei die eigene Persönlichkeit gewöhnlich den Mittelpunkt des Geschehnisses darstellt, rufen die Vorstellung hervor, die gleiche Situation schon einmal erlebt zu haben. Meist schwindet diese Vorstellung, welche auf einer eigenartigen Störung des Wiedererkennens beruht, nach wenigen Augenblicken. Sie kann aber auch wochen- und monatelang bestehen bleiben und, falls sich diese Vorgänge mehrfach wiederholen, in dem Patienten die weitere Vorstellung erzeugen, daß er eine Art Doppelleben führt.

Diese Erinnerungsentstellungen und Erinnerungsfälschungen stehen also im engsten Zusammenhang mit der Phantasietätigkeit (vgl. S. 17). Ohne hier auf die verschiedenartigen Störungen der Phantasietätigkeit bei Geisteskranken näher einzugehen, sei nur der pathologischen Lügenhaftigkeit gedacht, welche eine so häufige Begleiterscheinung der degenerativen Psychosen ist. Die abenteuernden, vor keinem Schwindel oder Betrug zurückschreckenden Individuen werden auch dann, wenn jedes andere persönliche Interesse als das der Selbstgefälligkeit und Eitelkeit für sie hinwegfällt, fortwährend dazu getrieben, selbst die kleinsten, geringfügigsten Erlebnisse phantastisch aufzuputzen und die eigene Persönlichkeit zum Mittelpunkt verwickelter Begebenheiten zu machen. Dieses schrankenlose Überwuchern der Phantasietätigkeit bei ethisch und meist auch intellektuell defekten Psychopathen ist übrigens durchaus nicht immer von ausgebildeten Erinnerungsentstellungen und Erinnerungsfälschungen begleitet, wenn wir für diese pathologischen Vorgänge das Fehlen jeglicher Kritik über die Unrichtigkeit der berichteten angeblichen Tatsachen zur Voraussetzung machen. Wie diese an Pseudologia phantastica leidenden Schwindler zu Zeiten relativer geistiger Ruhe und Sammlung selbst berichten, sind sie sich während der Produktion ihrer „Phantasielügen" recht häufig ganz klar darüber, daß sie lügen. Sie werden aber durch jede von egoistischen Gefühlstönen begleitete Vorstellung geradezu gedrängt, ihrer Phantasie die Zügel schießen zu lassen. Eine strikte Grenze zwischen physiologischer und pathologischer Lüge besteht nicht.

Den breitesten Raum nehmen diejenigen psychischen Krankheitserscheinungen ein, welche auf Störungen der Denktätigkeit in formaler und inhaltlicher Beziehung beruhen. Da diese im letzten Grunde durch den Vorgang der Ideenassoziation bedingt sind, so werden sie begrifflich enger als solche der Ideenassoziation bezeichnet.

Der Assoziationsprozeß, welcher in der Weckung der Reproduktion einer mehr oder weniger großen Zahl von Vorstellungen besteht, wird in der Regel eröffnet durch dasjenige Erinnerungsbild, welches der die assoziative Reihe auslösenden Empfindung (Wahrnehmungsbild) am ähnlichsten ist (Prinzip der Ähnlichkeitsassoziation). Eine neue

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

assoziative Reihe wird, wenn zwischen der Empfindung und zwischen der zuerst auftauchenden Vorstellung (Ausgangsvorstellung [V_1]) Gleichheit besteht, durch ein Wiedererkennen (Identifikation) eröffnet. Die Weckung der nachfolgenden Vorstellungen (V_2, V_3, V_4 bis V^n) wird hauptsächlich durch das Prinzip der Gleichzeitigkeitsassoziation bestimmt. Jede Vorstellung ruft als ihre Nachfolgerin stets eine assoziativ verwandte Vorstellung hervor; assoziativ verwandt nennt man aber solche Vorstellungen, die entweder selbst oder deren zugrunde liegende Empfindungen oft gleichzeitig aufgetreten sind. Auf dieser Gleichzeitigkeitsassoziation, welcher im physiologischen Sinne eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, ein Ausschleifen bestimmter Assoziationswege zugrunde liegen muß, beruht übrigens nicht nur die Assoziation zweier einfacher Vorstellungen, sondern auch die Bildung der zusammengesetzten und abgeleiteten Vorstellungen. Unter den vielen mit V_1 oder seinen Teilvorstellungen assoziativ verknüpften Erinnerungsbildern wird nun diejenige Vorstellung die zweite Stelle besetzen, welcher außer der assoziativen Verwandtschaft eine besonders mächtige Gefühlsbetonung (vgl. S. 37) eigentümlich ist. Aber noch ein weiterer Faktor kommt hinzu, welcher unter einer größeren Zahl assoziativ verwandter und mit starken Gefühlstönen verknüpfter, latenter, d. i. noch nicht über die Schwelle des Bewußtseins gehobener Vorstellungen ihre Reproduktion bestimmt. Es ist dies die „Konstellation" (Ziehen) der latenten Erinnerungsbilder, d. i. die wechselseitige Beeinflussung bald im Sinne der Erregung, bald im Sinne der Hemmung, welcher die untereinander assoziativ verknüpften Erinnerungszellen stetig ausgesetzt sind. Diese verschiedenartige Hemmung und Anregung bewirkt, daß eine vorzugsweise von Hemmungen getroffene Vorstellung trotz nächster assoziativer Verwandtschaft zu V_1 und trotz lebhaftesten Gefühlstones im Wettbewerb der Vorstellungen unterliegt, während eine andere in diesen beiden Punkten vielleicht sogar ungünstiger gestellte Vorstellung vermöge der Abwesenheit solcher Hemmungen und begünstigt von Anregungen siegt und deshalb als V_2 auf die Ausgangsvorstellung V_1 folgt. Auch die weitere Vorstellungsfolge ist durch diese drei Momente bestimmt: 1. durch den Grad der assoziativen Verwandtschaft zu der vorausgegangenen Vorstellung, 2. durch den Gefühlston, 3. durch die Konstellation. Unsere Denktätigkeit beruht aber nicht bloß auf einer einfachen Reihenbildung, sondern vielmehr auf einer Verbindung der sukzessiven Vorstellungen zu Urteilen und Schlüssen (Urteilsassoziation).

Die formalen Störungen bestehen in der Hauptsache aus Veränderungen der Ablaufsgeschwindigkeit. Bei der Beschleunigung des Vorstellungsablaufes erfolgt die Anreihung der Ausgangsvorstellung an die Empfindung in beschleunigtem Tempo und ebenso die Auslösung einer Handlung durch die Zielvorstellung (motorische Agitation). Die Hyperprosexie, welche mit dieser beschleunigten Reproduktion und erleichterten Verknüpfung der Vorstellungen untrennbar verbunden ist, setzt sich zusammen aus einer gesteigerten Erregbarkeit und einer verringerten Haftfähigkeit der Aufmerksamkeit. Die dadurch bedingte Zersplitterung der Aufmerksamkeit ist nicht zu verwechseln mit jener pathologischen Zerstreutheit bei neurasthenischen und hysterischen Patienten, bei welcher eine Beschleunigung der Ideenassoziation nicht vorliegt. Macht sich der gesteigerte Bewegungsdrang vornehmlich auf dem Gebiete der Sprache geltend, so spricht man von ideenflüchtigem Geplauder, solange noch ein inhaltlicher Zusammenhang besteht, in höheren Graden von Logorrhoe. Als Verbigeration (Kahlbaum) wird eine später noch zu erörternde Störung der sprachlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Äußerungen bezeichnet, bei welcher dieselben Worte oder Sätze ununterbrochen stunden- oder selbst tagelang wiederholt werden. Diese krankhafte Erleichterung und Beschleunigung der Reproduktion der Vorstellungen und die Häufung psychomotorischer Entladungen (Ideenflucht) kann primär auftreten, z. B. als Reminiszenzenflucht bei den neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitszuständen. Sehr häufig ist sie die Folgeerscheinung krankhafter Steigerungen positiv gerichteter Gefühlstöne (Lust-, Erregungsgefühle, z. B. bei der typischen Manie). Auch Halluzinationen und Wahnideen mit machtvoller Affektbetonung können der Ausgangspunkt dieser sekundären Ideenflucht sein. Es ist naheliegend, daß jede übermäßige Beschleunigung des Vorstellungsablaufes zu den weitgehendsten Störungen des assoziativen Zusammenhanges der Vorstellungen führen muß, und zwar in erster Linie dadurch, daß jedes einzelne Glied einer assoziativ verknüpften Vorstellungskette der Ausgangspunkt von mehr oder weniger weit ausgedehnten Nebenassoziationen (Gedankensprüngen) wird und somit die Fähigkeit immermehr schwindet, die Hauptassoziation festzuhalten (sekundäre Inkohärenz).

Kraepelin bezeichnet als Ideenflucht eine besondere Form der krankhaften Zusammenhanglosigkeit des Gedankenganges mit planlosem Herumschweifen des Vorstellungsverlaufes vom Hundertsten ins Tausendste. Bei dieser Fassung ist die Grundlage der Krankheitserscheinung nicht die beschleunigte Aufeinanderfolge der einzelnen Vorstellungen, sondern die Flüchtigkeit der einzelnen Ideen, die keinen nachhaltigeren Einfluß auf den Ablauf des Gedankenganges zu gewinnen vermögen. Mit der Ideenflucht ist, auch wenn als ihre Grundlage ein beschleunigter Vorstellungsablauf angenommen wird, durchaus nicht ein größerer Reichtum an reproduzierten Vorstellungen in vielen Fällen verbunden; wir finden die gleiche Erscheinung auch bei großer Gedankenarmut.

Die krankhafte Verlangsamung der Ideenassoziation (Denkhemmung) tritt in gleicher Weise als primäres und sekundäres Krankheitssymptom in Erscheinung und führt zu jenem Zustandsbild, das als Stupor bezeichnet wird.

Aprosexie als Teilerscheinung der Denkhemmung kommt durch die erschwerte Anknüpfung der ersten Vorstellung an die Empfindungszustande und ist durchweg mit einer Erschwerung und Verlangsamung des Wiedererkennens verbunden. Dabei tritt, wie man bei den leichteren Graden der Denkhemmung unschwer feststellen kann, deutlich zutage, daß weder eine Schädigung der Sinnesempfindung als solcher, noch des zugehörigen Erinnerungsbildes vorliegt, sondern daß der Akt des Wiedererkennens nur durch die erschwerte und verlangsamte Fortleitung der cortikalen Erregung von den Sinnes- zu den Erinnerungszellen gestört ist. Eine weitere Begleit- und Folgeerscheinung ist die motorische Hemmung, d. i. die Verlangsamung, resp. der Ausfall der sogenannten Willkürbewegungen. Es gelingt eben dem Kranken nicht, eine assoziative Reihe bis zur Zielvorstellung fertig zu stellen. Damit im Zusammenhang steht die Verlangsamung und Erschwerung des sprachlichen Ausdruckes bis zu völligem Mutismus. Die Körpermuskulatur befindet sich bald in Resolution, bald in einem gesteigerten Spannungszustande, welcher Teilerscheinung des später zu erörternden katatonischen Symptomenkomplexes sein kann.

Die reinsten Formen des primären Stupors bieten die langsam sich entwickelnden zerebralen Erschöpfungszustände dar, die dem Krankheitsbegriff der Stupidität oder des Erschöpfungsstupors zuge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ordnet werden. Aber auch bei Auto- und Fremdintoxikationen kann der stuporöse Zustand den größten Teil des Krankheitsverlaufes ausfüllen. Die Denkhemmung besteht bei leichteren Graden in einer auffälligen Verlangsamung der an sich noch geordneten und auch inhaltlich durchaus richtigen Gedankenverknüpfung. In schwereren Fällen sind die Kranken außerstande, zusammengesetzte und abgeleitete Vorstellungen zu produzieren oder selbst einfache Urteilsassoziationen zu bilden, während im Gegensatz zum Schwachsinn Urteilsassoziationen sich noch vollziehen, wenn überhaupt eine Gedankentätigkeit noch stattfindet. Auf der Höhe des Krankheitsvorganges ist bei der außerordentlichen Dürftigkeit der intellektuellen Prozesse kaum zu unterscheiden, ob es sich nur um Hemmungs- oder um Ausfallserscheinungen (Schwachsinn) handelt. Der Gesichtsausdruck ist stumpf, gleichgültig; flüchtige, an Intensität und Qualität wechselnde Affekte beleben noch hie und da die Szene und führen zu abortiven Ausdrucksbewegungen. Treten interkurrente Erregungsphasen auf, so läßt sich sowohl aus dem sprachlichen Ausdruck, als auch aus den Handlungen der Kranken die Dissoziation der Vorstellungen erkennen (vgl. Amentia).

Der sekundäre Stupor wird vornehmlich als Begleit- und Folgeerscheinung psychischer Depressionszustände (Melancholia passiva, attonita) beobachtet. Die weitgehendsten sekundären Denkhemmungen werden durch emotionellen Shock (vgl. die Schreckpsychosen), sowie durch paroxystische negative Affekterregungen (Angstaffekt bei ausgebildeter Melancholie) ausgelöst.

Als Pseudostupor (C. WESTPHAL) bezeichnet man eine andere Form des sekundären Stupors, welche meist durch katatonische Spannungszustände ausgezeichnet ist; hier sind affekterfüllte Wahnideen und Halluzinationen die zugrunde liegenden Störungen.

Die psychologische Auffassung, welche hier zugrunde gelegt ist, geht von der Voraussetzung aus, daß die elementaren psychischen Bedingungen, welche den Vorgang des Aufmerkens beherrschen, sich vollständig in die für den Ablauf der Ideenassoziation gültigen Gesetze einreihen lassen. Die Aufmerksamkeit ist bei dieser Betrachtungsweise keine besondere Tätigkeit, sondern bleibt vollständig im Rahmen der Ideenassoziation. Eine andere Lehre, die Apperzeptionspsychologie (WUNDT) stellt die Aufmerksamkeit über die Ideenassoziation; sie betrachtet sie als ein besonderes, selbständiges Seelenvermögen, als eine „innere Willenstätigkeit".

KRAEPELIN, dessen allgemeine Psychiatrie auf der Apperzeptionspsychologie aufgebaut ist, unterscheidet folgende Störungen der Aufmerksamkeit:

A. Die Abstumpfung der Aufmerksamkeit, welche bei der allgemeinen Herabsetzung der psychischen Ansprechbarkeit, als vornehmlich in den fortschreitenden Verblödungszuständen, zutage tritt.

B. Die Sperrung der Aufmerksamkeit, bei welcher die Kranken (z. B. bei der Dementia praecox) sehr wohl imstande sind, Sinneseindrücke wahrzunehmen, sich aber „unwillkürlich gegen jede Beeinflussung ihres Denkens und Handelns durch diese Wahrnehmungen sträuben".

C. Die Hemmung der Aufmerksamkeit, bei welcher „der innere Widerhall fehlt, der die Verknüpfung der äußeren Eindrücke mit dem eigenen Erfahrungsschatz herstellt und dadurch die auswählende Tätigkeit der Aufmerksamkeit anregt".

D. Die krankhafte Bestimmbarkeit der Aufmerksamkeit, d. i. der Verlust ihres bestimmenden Einflusses auf die Wahrnehmung (namentlich bei der progressiven Paralyse und beim Altersblödsinn).

E. Die erhöhte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit (Zerstreutheit), bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welcher es sich „um einen häufigen Wechsel in der Richtung der Aufmerksamkeit aus inneren und äußeren Beweggründen handelt", z. B. die leichteren Grade bei der chronischen nervösen Erschöpfung und bei konstitutionell-psychopathischen Krankheitszuständen, die schwereren Grade bei der Manie und bei allen agitierten geistigen Schwächezuständen. Diese Ablenkung der Aufmerksamkeit ist nicht mit Hyperprosexie zu verwechseln, da in Wirklichkeit der ablenkbare Kranke durchschnittlich weniger und schlechter auffaßt als der Gesunde. Eine wirkliche Hyperprosexie wird von KRAEPELIN bestritten.

F. In den Fällen mit Fesselung der Aufmerksamkeit angenommen, für welche die Zerstreutheit des Gelehrten mit höchster einseitiger Richtung der Aufmerksamkeit als Paradigma gelten kann. Bei der Melancholie, vor allem aber bei der Hypochondrie findet sich ein analoger Zustand, indem die Aufmerksamkeit ausschließlich durch bestimmte traurige oder Krankheitsvorstellungen gefangen gehalten wird.

Der assoziative Zusammenhang der Vorstellungen untereinander, welcher die Grundbedingung des normalen Gedankenganges ist, unterliegt ebenfalls primären und sekundären Störungen (primäre und sekundäre Dissoziation oder Inkohärenz). Die sekundäre Lockerung und Lösung der gesetzmäßigen Verknüpfung der Vorstellungen und Begriffe untereinander wird durch die verschiedenen Krankheitsvorgänge hervorgerufen, welche den Denkprozeß in formaler und inhaltlicher Beziehung tiefer greifend stören. Wir sind ihr deshalb schon bei der primären Beschleunigung des Vorstellungsablaufs (Ideenflucht) begegnet. Andere Ursachen der sekundären Inkohärenz sind halluzinatorische Erregungszustände, starke Affektsteigerungen (vor allem Zornaffekte) und der Ausfall psychischer Leistungen (mangelhafte Entwicklung von Vorstellungen und assoziativen Verknüpfungen beim angeborenen oder Untergang derselben beim erworbenen Schwachsinn). Nicht bloß die assoziative Verwandtschaft, welche zwei aufeinanderfolgende Glieder einer assoziativen Reihe verbindet, sondern auch der äußere und innere Zusammenhang aller Glieder mit einer die Reihe bestimmenden oder sie abschließenden Vorstellung ist für die normale Gedankentätigkeit ausschlaggebend. Eine Lockerung oder sogar Aufhebung des Zusammenhanges wird schon dadurch hervorgerufen, daß ausgeprägte Haupt- (allgemeine) Vorstellungen, resp. Zielvorstellungen, welche die Richtung des Vorstellungsverlaufes bestimmen, nicht vorhanden sind. Die Inkohärenz der Dementia paralytica und der Dementia senilis bietet hierfür die besten Beispiele. Als Dissoziation oder Inkohärenz im engeren Sinne ist die Aufhebung des äußeren und inneren Zusammenhanges zwischen benachbarten Gliedern einer Reihe aufzufassen. Die Kranken sind dann, soweit dies aus den sprachlichen Äußerungen erkennbar wird, außerstande, auch nur wenige assoziativ zusammengehörige Vorstellungen in gesetzmäßiger Art zu reproduzieren. Es werden dann nur einzelne zusammenhangslose Vorstellungen oder abgerissene Fragmente einer Vorstellungsreihe, die inhaltlich in keiner oder nur ganz entfernter Beziehung zueinander stehen, geäußert. Tritt eine solche Lockerung oder Loslösung in dem festen Gefüge der Assoziationen (Sejunktion; WERNICKE) ganz plötzlich und kurzdauernd ein, und unterbricht sie so momentan den Bewußtseinszustand, den wir früher Besonnenheit genannt haben, so entstehen Bewußtseinslücken (psychische Deliquien; L. MEYER), welche der Ausgangspunkt der mannigfachsten inhaltlichen Störungen der Vorstellungstätigkeit, besonders bei gleichzeitigem Bestehen pathologischer Erregbarkeitszustände in latenten Erinnerungsbildern, werden können. Sie sind von eigenartigen Gefühlsreaktionen (Schwindel-, Betäubungs-,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ohnmachtsgefühlen) begleitet, welche der Kategorie der logischen Gefühle WUNDT's zuzurechnen sind. In der Mehrzahl der Fälle ist aber die Dissoziation ein länger bestehender, sich über Wochen und Monate hin erstreckender Krankheitsvorgang, welcher zu ganz charakteristischen Krankheitsmerkmalen führt. Hier ist zuerst zu nennen die Desorientierung, die von einer ganz besonderen, ebenfalls den logischen Gefühlen zugehörigen abnormen Gefühlsreaktion begleitet ist, welche Ratlosigkeit genannt wird. Die Patienten sind außerstande, das zufließende Empfindungsmaterial gesetzmäßig in die Ideenassoziation aufzunehmen und begrifflich zu verarbeiten. Daraus ergibt sich eine mehr oder weniger große Unfähigkeit, normale Beziehungsbegriffe zu bilden zwischen dem Komplex der Ich-Vorstellungen (Persönlichkeit) und den Sinneseindrücken, welche von den Personen und Gegenständen der Umgebung herstammen (räumliche Unorientiertheit). Das gleiche gilt von den zeitlichen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexen bei der normalen Denktätigkeit vorhanden sind (zeitliche Unorientiertheit). Neuere klinische Erfahrungen haben uns zur Aufstellung des Symptomenkomplexes der primären Inkohärenz mit Erregung veranlaßt. Bei diesen Zustandsbildern akut einsetzender, subakut verlaufender psychischer Erkrankungen finden sich nur primäre Inkohärenz und Erregung, während Störungen des Wiedererkennens und damit im Zusammenhang Desorientierung nur vorübergehend und zwar auf der Höhe der Erregung also sekundär vorhanden sind. Dadurch unterscheidet sich diese Zustandsform von der ausgesprochenen Verwirrtheit.

Daß es sich im wesentlichen um eine Störung des Aufmerkens und des Wiedererkennens, um die Anreihung ganz unzugehöriger Vorstellungen an normaliter zufließendes Empfindungsmaterial bei der Unorientiertheit handelt und daß die Merkfähigkeit wenigstens in Fällen mit unfertig entwickelter Inkohärenz keine Schädigung aufweist, läßt sich bei Kranken konstatieren, bei welchen eine Intoxikationsamentia im Abklingen begriffen ist. Hier gelingt es, durch lautes Anrufen die Aufmerksamkeit der Kranken vorübergehend zu fixieren und sie dazu zu bringen, einzelne Gegenstände richtig zu bezeichnen oder Aufträge korrekt auszuführen. Sie sind nach einigen Minuten imstande, den vorhin gezeigten Gegenstand oder die ausgeführte Handlung wieder richtig anzugeben.

KRAEPELIN führt die Orientiertheit auf eine recht verwickelte geistige Leistung zurück, an deren Zustandekommen die verschiedensten Gebiete unseres Seelenlebens beteiligt sind. Er unterscheidet drei Hauptformen der Störungen der Orientierung (Desorientierung), je nachdem die Ursache wesentlich in krankhaften Veränderungen der Auffassung (die apathische Desorientierung, z. B. bei der Dementia praecox), des Gedächtnisses (die amnestische Desorientierung, z. B. bei der KORSAKOFF'schen Krankheit und bei gewissen Formen des Altersblödsinns) oder des Urteils (die wahnhafte Desorientierung) liegt. WERNICKE bezeichnet die Desorientierung als das Fundamentalsymptom jeder Psychose. Alle krankhaften Veränderungen, des Bewußtseinsinhaltes, die vorübergehend oder dauernd bei dem Geisteskranken auftreten, sind diesem Begriffe unterzuordnen und sind die gesetzmäßige Folge der krankhaft abgeänderten Bewußtseinstätigkeit. Entsprechend seiner Einteilung des Bewußtseins in die drei Gebiete der Körperlichkeit, der Außenwelt und der Persönlichkeit, unterscheidet er eine somatopsychische, eine allopsychische und eine autopsychische Desorientierung. Ihnen reiht sich die motorische Art der Desorientierung an.

Sehr wechselnd gestaltet sich das Krankheitsbild der primären all-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemeinen Inkohärenz, je nachdem zugleich die Zeichen der Hemmung oder der Erregung in der Ablaufsgeschwindigkeit des dissoziierten Bewußtseinsinhaltes zum Ausdruck kommen. Die Erschöpfungszustände (Erschöpfungspsychosen) und die toxischen Psychosen zeigen aufs deutlichste, daß die gleichen Schädlichkeiten bald eine Steigerung der, wenn auch völlig ungeordneten, psychischen Leistungen (primäre Inhohärenz + primäre Ideenflucht), bald eine Verringerung (Hemmung resp. Ausfall) derselben hervorrufen. Es kommen aber auch höchst zusammengesetzte Krankheitsbilder vor, indem kürzere oder längere Phasen eines schweren stuporösen Zustandes von interkurrenten Erregungen durchbrochen werden, in welchen Halluzinationen und Illusionen eine große Rolle spielen.

Die Ursachen hierfür sind nur ungenügend aufgeklärt. Aus dem Studium der Entwicklung der Krankheitsfälle läßt sich vermuten, daß bei akutem Einsetzen die Erregung (die inkohärente Ideenflucht bei der Amentia) und bei langsamer, mehr schleichender Entwicklung die Hemmung (z. B. der primäre Erschöpfungsstupor) vorzugsweise eintritt. Auf der anderen Seite weisen die leichteren Grade von Dauerermüdung bei den Erschöpfungsneurosen (Neurasthenie) darauf hin, daß in dem Zustande der Übererregung selbst unterschwellige Reize auf die übermüdeten Zentren bald im Sinne einer gesteigerten Arbeitsleistung, bald als Hemmungen von Arbeitsleistungen wirken können. Die Erschöpfung im engeren Sinne, die mit einer Funktionsverringerung resp. mit einem Funktionsausfall verknüpft ist, kennzeichnet sich dadurch, daß Reize nur in spärlichem Maße oder gar nicht mehr auf das erschöpfte Zentrum wirken, solange nicht ein gewisser Grad von Erholung stattgefunden hat. Die verschiedenen funktionellen Bezirke werden je nach dem Stande ihres Kraftvorrats und dem Maße ihrer Kraftleistung ganz verschiedenartige Grade der Funktionsstörungen innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes darbieten. So kann z. B. ein sensorisches Zentrum die Zeichen der ausgeprägten Übererregung aufweisen, während ein anderes sensorisches oder motorisches Zentrum im Zustande der Erschöpfung sich befindet.

Diese Betrachtungen haben fast ausschließlich für die langsam sich entwickelnden Fälle von Neurasthenie Geltung. Man sieht aber auch dort, daß bei intensiveren Schwankungen des Krankheitszustandes einer anfänglichen Funktionssteigerung sehr rasch ein höherer Grad von Erschöpfung nachfolgt. Speziell für den Erschöpfungsstupor besteht eine ähnliche Verlaufsrichtung: auch hier ist eine initiale, nur Stunden oder Tage dauernde Erregung von einem oft monatelang dauernden schweren Erschöpfungszustande mit ausgedehnter Abnahme aller Kraftleistungen gefolgt. Die Schwierigkeit ist hauptsächlich darin gelegen, daß wir bislang außerstande sind, festzustellen, welchen Anteil an der verringerten, resp. aufgehobenen Leistung eine Steigerung der hemmenden Vorgänge innerhalb der zentralen Nervensubstanz und welchen die Erschöpfung im engeren Sinne, d. i. der Verlust an anregenden Vorgängen, hat. Derartige Betrachtungen haben nicht nur ein theoretisches, sondern auch ein praktisches Interesse, indem sie einen Fingerzeig geben für die Schwierigkeiten, welche bei der Feststellung ausgleichbarer und unausgleichbarer Kraftschädigungen vorhanden sind. So läßt sich beim protrahierten Erschöpfungsstupor ein bestimmtes Urteil oft lange Zeit nicht abgeben, ob der Krankheitszustand noch einer völligen Restitution zugänglich ist oder nicht, mit anderen Worten, ob schon ein endgültiger Verlust an psychischer Energie stattgefunden hat.

In leichteren Graden allgemeiner Inkohärenz treten gar nicht selten eigenartige Krankheitssymptome hervor, welche kurz als Einfälle zu bezeichnen sind: Mitten in eine geordnete, mehr oder weniger weit ausgedehnte Gedankenreihe schiebt sich ganz unvermittelt eine Vorstellung, resp. ein Vorstellungskomplex (letzterer gelegentlich auch in Urteilsform: wahnhafte Einfälle) hinein, welcher weder durch äußere, noch durch innere Assoziation mit ersterer in irgendeinem Zusammenhange steht. Kurz hervorgestoßene Worte, mimische und pantomimische Bewegungen oder auch bestimmte Handlungen geben uns dann Kunde von diesen inneren Vorgängen.

Ein junger Offizier war durch einen Jagdunfall (Schrotschuß im Gesicht) einem längeren Krankenlager, zum Teil im Dunkelzimmer, ausgesetzt. Es entwickelte sich ein Zustand völliger Inkohärenz mit mäßiger motorischer Agitation. Nach Abklingen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser Krankheitserscheinungen äußerte Patient noch mehrere Wochen hindurch die Wahnidee, er sei Friedrich der Große. Er ahmte mit Vorliebe bei Gängen im Garten die Körperhaltung des großen Königs nach und ging, auf einen langen Stock gestützt, gravitätisch auf und ab. Nach seiner vollständigen Genesung berichtete er, daß ihm plötzlich wie ein Blitz aus heiterem Himmel während seines Krankenlagers der Gedanke gekommen sei, er sei Friedrich der Große. Er könne sich gar nicht erklären, wie er zu dieser „verrückten" Annahme gelangt sei. Es müßte wohl damit zusammenhängen, daß er früherhin in gesunden Tagen sich sehr für Friedrich den Großen interessiert habe.

Wir gelangen damit zu den Bewegungsäußerungen der Kranken. Bei den stuporösen Bildern allgemeiner Inkohärenz treten die gleichen Erscheinungen zutage wie bei den einfachen Denkhemmungen. Nur wird hier der Mangel jeglichen Zusammenhangs mit bestimmten Zielvorstellungen noch deutlicher. Die Patienten greifen planlos nach diesem oder jenem Gegenstande, brechen oft eine Handlung mitten in ihrer Ausführung ab oder führen sie ganz fehlerhaft zu Ende. Entsprechend den spärlichen, doch geringwertigen und inhaltlich wechselnden Affektvorgängen wird der stumpfe, matte Gesichtsausdruck von flüchtigen, meist abortiven, mimischen Bewegungen belebt. Pantomimische Bewegungen treten nur seltener und unvollständig auf. Je lebhafter der Vorstellungsablauf, desto wechselvoller und ungeordneter, geradezu bizarr sind die mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen, sowie die Versuche, mehr oder weniger zusammengesetzte Handlungen auszuführen. Nicht selten kommt es zu dem Symptomenbilde der Paramimie, d. h. Mienen- und Gebärdenspiel entsprechen in keiner Weise mehr der affektiven Färbung der Vorstellungen. Alle diese Erscheinungen treten am schärfsten im sprachlichen und schriftlichen Ausdrucke der Kranken zutage. Es ist geradezu ein Zustand transcortikaler Paraphasie und Paragraphie vorhanden, wenn die Kranken alle ihnen vorgezeigten Gegenstände mit falschen Bezeichnungen belegen oder neugebildete, oft geradezu sinnlose Worte niederschreiben. Es liegen hier zweifellos die weitgehendsten Verschiebungen der assoziativen Zusammenhänge zwischen den optischen Empfindungen, resp. den zugehörigen Objektbildern und den Wortklangbildern, resp. den Sprechbewegungs- und Schreibbewegungsvorstellungen zugrunde. Das Zustandsbild, welches aus der Gesamtheit dieser Erscheinungen (allgemeine Inkohärenz mit Desorientierung und motorischer Inkohärenz) hervorgebracht wird, nennt man Verwirrtheit. Je nach den vorwaltenden Symptomen und nach den Entstehungsbedingungen der Inkohärenz kann man von stuporöser, ideenflüchtiger und halluzinatorischer Verwirrtheit sprechen. Wie die spezielle Psychiatrie zeigen wird, finden sich auch beim angeborenen und beim erworbenen Schwachsinn Symptomenbilder, welche als Verwirrtheit bezeichnet werden.

Von BLEULER ist neuerdings die primäre Inkohärenz oder Dissoziation unter der Bezeichnung der schizophrenen psychischen Veränderung weiter ausgebaut worden. Die schizophrenische Störung ist „eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt". Sie bildet die Grundlage der bislang als Dementia praecox — im KRÄPELIN'schen Sinne — bezeichneten Psychosengruppe, die von BLEULER als Schizophrenie bezeichnet wird. Die schizophrenischen Störungen sind ausgezeichnet durch eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Spaltung der Person: die Persönlichkeit verliert ihre Einheit; bald repräsentiert der, bald jener psychische Komplex die Person; die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Komplexe und Strebungen ist eine ungenügende oder geradezu fehlende. So kommt es dazu, daß ein Komplex zeitweise die Persönlichkeit beherrscht, während dessen andere Vorstellungs- oder Strebungsgruppen „abgespalten" und ganz oder teilweise unwirksam sind. Auch die Ideen werden oft nur zum Teil gedacht und Bruchstücke von Ideen werden in unrichtiger Weise zu einer neuen Idee zusammengesetzt. Sogar die Begriffe verlieren ihre Vollständigkeit, entbehren eine oder mehrere oft wesentliche Komponenten, ja sie werden in manchen Fällen nur durch einzelne Teilvorstellungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

repräsentiert. Es ist aus dieser Wiedergabe des Grundbegriffes der schizophrenischen Veränderung sofort erkennbar, daß die Störungen des assoziativen Zusammenhangs sich auf die Gesamtheit einfacherer und komplizierterer, den Aufbau der Persönlichkeit umfassender psychischer Vorgänge erstreckt. Die Störungen der Wahrnehmungen, der Orientierung und des Gedächtnisses sind im Krankheitsbilde der Schizophrenie BLEULER's nur als akzessorische Krankheitserscheinungen vorhanden. Dagegen werden Störungen der Gefühlsreaktion niemals ganz vermißt. In leichteren Krankheitsfällen ist nur eine Inkongruenz zwischen Intensität der Gefühlsreaktion und der zugehörigen Erlebnisse oder eine qualitative, den intellektuellen Vorgängen inadäquate Gefühlsreaktion vorhanden. In schwersten Fällen sind die Gefühlsäußerungen überhaupt nicht mehr zu bemerken. Auf den Krankheitsbegriff der Schizophrenie werden wir im Kapitel „Diagnose" zurückkommen.

Weitere Störungen der Denktätigkeit werden durch das Auftauchen überwertiger Ideen (WERNICKE) herbeigeführt, welche sich am häufigsten bei konstitutionell-psychopathischen Individuen zu Zeiten geistiger oder körperlicher Erschöpfung (z. B. bei der hereditären Form der Neurasthenie) vorfinden. Sie drängen sich auf Grund intensiverer Affekterregungen als einzelne Vorstellungen oder Vorstellungskomplexe oder als kompliziertere Vorstellungsverknüpfungen in der Form von Urteilen im Bewußtseinsinhalt mit elementarer Gewalt hervor. Oft handelt es sich nur um einzelne Worte oder Zahlenbegriffe, welche in ganz sinnloser Weise immer wieder auftauchen und das geordnete Denken stören (Onomatomanie; CHARCOT und MAGNAN). Noch häufiger sind es bestimmte hypochondrische Vorstellungen, welche durch peinliche Organempfindungen verursacht sind, oder Furchtvorstellungen, welche sich vor eine Zielvorstellung (z. B. Absendung eines wichtigen Briefes) einschieben oder sich einer an sich gleichgültigen Handlung (z. B. das Anheften einer Stecknadel) anschließen. Je nach der Kritik, welche die Patienten diesen überwertigen Ideen gegenüber besitzen, werden Zwangsvorstellungen im engeren Sinne und überwertige Wahnvorstellungen unterschieden. Jene werden von den Kranken selbst als unberechtigte, ja widersinnige Eindringlinge erkannt und beurteilt, diese dagegen zwar als lästige, ja qualvolle, jedoch durchaus berechtigte Bestandteile des Denkens aufgefaßt. Eine Abart der Zwangsvorstellungen ist das Zwangsdenken, bei welchem bald (z. B. bei melancholischen und hypochondrischen Depressionszuständen) an sich durchaus folgerichtige Gedankenverbindungen, in der Mehrzahl affekterfüllte Erlebnisse, bald (bei psychischen Schwächezuständen) mehr oder weniger sinnlose Gedankenverbindungen immer wieder im Denkinhalte emportauchen.

WERNICKE hält neben anderen Erscheinungen gestörter Bewußtseinstätigkeit, welche als Reizsymptome auf dem Boden der Sejunktion entstehen, streng auseinander: überwertige Ideen Zwangsvorstellungen und autochthone Ideen. Die überwertigen Ideen kennzeichnen sich dadurch, „daß sie von den Kranken selbst keineswegs als fremde Eindringlinge in das Bewußtsein beurteilt werden; im Gegenteil, die Kranken erblicken den Ausdruck ihres eigensten Wesens darin und in dem Kampfe für sie recht eigentlich den Kampf um die eigene Persönlichkeit. Trotzdem werden sie oft als quälend empfunden, und die Kranken klagen oft, daß sie an nichts anderes denken können". Von den Zwangsvorstellungen sind sie dadurch zu unterscheiden, daß diese letzteren als unberechtigt und oft direkt als unsinnig erkannt werden. Die autochthonen Ideen sind ebenfalls Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexe, welche sich auf Grund krankhafter Reize in der Assoziationstätigkeit hervordrängen und den sonstigen, geordneten und normalen Gedankenablauf stören. Die Aufmerksamkeit wird zwangsweise den autochthonen Ideen zugerichtet. Sie werden als lästige Eindringlinge empfunden. Sie unterscheiden sich von den Zwangsvorstellungen dadurch, „daß letztere niemals als fremd, der Persön-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichkeit nicht angehörig empfunden werden und infolgedessen auch nicht die verhängnisvolle Bedeutung für das ganze Geistesleben erlangen, wie die autochthonen Gedanken". Wernicke macht auf die nahen Beziehungen zwischen Halluzinationen und autochthonen Ideen aufmerksam. Es gibt Übergänge zwischen beiden Symptomen, indem ein Stadium von autochthonen Gedanken dem Hören von Stimmen vorangeht.

Die engen Beziehungen der Zwangsvorstellungen zu dem Komplexe der Ich-Vorstellungen treten am schärfsten bei den sogenannten Phobien hervor (Agoraphobie, Claustrophobie, Mysophobie usw.), bei welchen heftige Affekterregungen und Affektreaktionen zu den typischen Begleiterscheinungen gehören. Auf die Entstehungsbedingungen dieser und anders gearteter Zwangsvorstellungen wird im speziellen Teile näher eingegangen werden.

Hier sei nur kurz des Einflusses gedacht, welchen die Zwangsvorstellungen auf die Handlungen der Kranken besitzen. Einmal enthält die Zwangsvorstellung einen Inhalt, welcher nur mittelbar zu motorischen Entladungen drängt, z. B. in dem bekannten Falle C. Westphals, in welchem der Patient, sobald er ein Stück Papier sah, von der Vorstellung gequält wurde, er hätte seinen Namen darauf gesetzt. Daran schloß sich die Furchtvorstellung, es könnte Mißbrauch mit seiner Unterschrift getrieben werden. Der daraus resultierende qualvolle Angstzustand kam erst dadurch zur Lösung, daß Patient alle Papiere, die in sein Bereich kamen, zerriß. Er war sich dabei der Unsinnigkeit dieser Handlung vollständig bewußt. Wir begegnen aber auch der entgegengesetzten Erscheinung, daß der Angstaffekt jede motorische Tätigkeit hemmt und geradezu zu lähmungsartiger Schwäche führt, z. B. bei der Agoraphobie. Tauchen bei bestimmten Anlässen affekterfüllte, meist peinliche Erinnerungsbilder als Zwangsvorstellungen auf, so stellen sich die gleichen motorischen, vasomotorischen und sekretorischen Störungen als Affektreaktionen ein, welche dem zugrunde liegenden Erlebnisse zu eigen waren. So wurde z. B. eine unserer Kranken jedesmal beim Betreten einer Gesellschaft von der Erinnerung an ein früheres unliebsames Ereignis ergriffen. Die Patientin, welche vorübergehend an Blasenkatarrh gelitten hatte, war von heftigem Urindrang befallen worden und hatte deshalb eine Gesellschaft verlassen müssen. Mit dieser Erinnerung trat dann sofort Urindrang ein: Patientin floh schleunigst aus der Gesellschaft. Auch die Erythrophobie (die Vorstellung, erröten zu müssen) oder die umgekehrte Vorstellung, in auffälliger Weise zu erblassen, führt tatsächlich diese vasomotorischen Reaktionen herbei. Bei anderen Patienten wird entweder nur die Vorstellung einer Handlung (z. B. sich zum Fenster hinausstürzen zu müssen) oder die Handlung selbst unmittelbar durch eine Vorstellung ausgelöst, z. B. der Anblick eines Stuhles zwingt den Kranken, denselben auf einen anderen Platz zu bringen. Meist ist auch hier damit die Vorstellung verbunden, daß das Unterlassen der Handlung für den Kranken selbst oder für andere ein Unglück herbeiführe. In selteneren Fällen ruft jede Handlung sofort zwangsweise die Vorstellung hervor, gewissermaßen zum Ausgleiche der schädlichen Folgen dieser Handlung eine andere, dieser ersteren entgegengesetzte Handlung ausführen zu müssen. So überschritt z. B. einer unserer Kranken eine Türschwelle, sprang dann aber sofort wieder zurück und mußte diesen Vorgang 10—20mal wiederholen, bevor er endgültig das Zimmer verlassen konnte; zu anderen Zeiten kam er überhaupt nicht zur Ausführung einer beabsichtigten Handlung, weil er gezwungen war, eine ihr entgegengesetzte zu vollziehen. In derartigen Fällen von „Zwangshandlungen"

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spielen ausgencheinlich bestimmte, zwangsweise auftauchende Bewegungsvorstellungen eine entscheidende Rolle.

Das Zwangsdenken ist, wenn auch seltener, von Zwangsreden begleitet. Bei degenerativen Psychosen mit eigenartigen, höchst zusammengesetzten Krankheitsbildern (Maladie des tics) treten neben motorischen koordinierten Zwangsbewegungen die Koprolalie (zwangsweises Hervorstoßen von Worten schmutzigen Inhalts), sowie auch die Echolalie (zwangsweises Nachsprechen gehörter Worte) auf. Letzterem Symptome begegnet man aber auch bei anderen, ebenfalls vorwaltend degenerativen Geistesstörungen.

Eine Zwischenstellung zwischen den isoliert auftauchenden Zwangsvorstellungen, welche übrigens, wie schon die angeführten Beispiele lehren, bei manchen Kranken durch bestimmte, mit dem Inhalte der Zwangsvorstellungen im Zusammenhang stehende Sinneseindrücke ausgelöst werden, und dem Zwangsdenken nimmt die Grübel- und Fragesucht ein. Die Erreichung bestimmter Zielvorstellungen wird dadurch unmöglich, daß sich in jede Gedankenreihe eine Unsumme ganz nutzloser, oft geradzu kindisch-alberner Fragen einschiebt („Warum hat der Mensch zwei Beine?"; „warum hat der Stuhl vier Beine?"; „warum ist die Sonne gelb und der Mond silbern?"; „warum ist Silber ein Metall?" usw.). Die Patienten geraten durch diese, ihnen selbst fruchtlos und krankhaft erscheinende Gedankenarbeit in äußerste Erregung.

Von den Zwangsvorstellungen und dem Zwangsdenken ist zu unterscheiden das Haften einzelner Vorstellungen. Irgendeine an sich ganz folgerichtige Vorstellung staut gewissermaßen durch ihren überwertigen Charakter die Ideenassoziation. In leichteren Graden, welche manche Beziehungen zu Vorgängen im gesunden Leben aufweisen, sind es bestimmte Worte, Namen, Zitate, welche den Patienten nicht loslassen, ihn verfolgen und quälen (Kleben an Gedanken). Im sprachlichen Ausdruck macht sich diese Erscheinung gelegentlich bei abnorm ermüdbaren Individuen (z. B. bei der Neurasthenie) in sehr starker Weise geltend, indem die Kranken über bestimmte Worte nicht hinwegkommen und auch für neue Vorstellungen (konkrete Dinge und abstrakte Vorstellungen) das vorher verwandte Wort in ganz verkehrter Weise wieder aussprechen. Diese Krankheitserscheinung, bei welcher eine einmal geweckte Vorstellung in den unmittelbar nachfolgenden Vorstellungsreihen in sinnloser Verbindung wiederkehrt, ist von Cl. Neisser als perseveratorische Reaktion oder schlechtweg als Perseveration bezeichnet worden. Haftet bloß das Wort fest, so erscheint die Störung als Paraphasie; bleibt aber die begriffliche Vorstellung allein haften (ohne das Wort), so kann der Kranke den Gegenstand gelegentlich richtig benennen, aber seinen Gebrauch falsch angeben (Pseudoapraxie). Bei Intoxikations- und Erschöpfungspsychosen sowie bei der Hebephrenie und Katatonie haben wir dies Symptom der Perseveration verhältnismäßig häufig gesehen. Dasselbe kommt den verschiedensten Gehirnerkrankungen zu. Am reinsten tritt es oft in der schriftlichen Produktion zutage. Die äußerliche Verwandtschaft der Perseveration mit der Verbigeration ist bei gesteigerten sprachlichen Leistungen irreführend. Doch beschränkt sich der Verbigerierende meist auf die Wiederholung bestimmter Worte und Sätze, reproduziert diese aber immer wieder durch längere Zeit, selbst tage- und wochenlang. Die perseveratorische Wiederholung schließt sich an alle möglichen, gerade geweckten Worte und haftet nicht an bestimmten Worten. Die für die Perseveration so charakteristische Beeinflußbarkeit durch neu zufließende Empfindungen, resp. neu geweckte Vorstellungen ist der Verbigeration ganz fremd (v. Sölder). Doch läßt sich nicht ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kennen, daß zuweilen bei Verblödungsprozessen in späteren Stadien des Leidens, wenn der geistige Verfall weit fortgeschritten ist, eine scharfe Grenze zwischen Perseveration und Verbigeration nicht mehr zu ziehen ist.

Nicht mit der Perseveration zu verwechseln sind die impulsiven Wiederholungen derselben Vorstellung, welche sich regelmäßig mit einer Zerfahrenheit des Gedankenganges verbinden (Kraepelin). Der Inhalt dieser „stereotypen" Vorstellungen ist dabei ein ganz zufälliger und wird nicht, wie beim Haften, durch das Voraufgegangene bestimmt.

Die bedeutsamste Stellung unter den inhaltlichen Störungen der Ideenassoziation nimmt die Wahnbildung ein. Die Verstandestätigkeit, die Bildung von Urteilen und Schlüssen mittels Vorstellungsverknüpfungen baut sich im gesunden Geistesleben auf den gesetzmäßigen Beziehungen der Erinnerungsbilder mit den ihnen inhaltlich zugeordneten Empfindungen auf, welche von der Außenwelt und von dem eigenen Körper herstammen. Dabei wird die Urteilsbildung des einzelnen Menschen überall beeinflußt von Gedankengängen, welche nicht ausschließlich der eigenen Erfahrung entspringen, sondern aus überlieferten, in einer Volkseinheit oder in einer Zeitepoche vorherrschenden und als allgemein gültige Wahrheiten gelehrten Vorstellungsverbindungen bestehen. Dem persönlichen Wissen, welches unmittelbar unseren Empfindungen und ihren Erinnerungsbildern entstammt, stehen so die Glaubensvorstellungen zur Seite, welche abgeleitete, durch Zutaten unserer Einbildungskraft ergänzte abstrakte Vorstellungsverbindungen sind (religiöse, naturwissenschaftliche, sozialpolitische usw. Glaubensvorstellungen). Die Bemessung des Einflusses dieser Glaubensvorstellungen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, da sie für die Mehrzahl der Menschen infolge der ihnen eigentümlichen Stärke der Gefühlsbetonung die Richtschnur für ihre gesamte Urteilstätigkeit werden. Je reicher die individuelle Erfahrung, auf welcher unser Wissen sich gründet, je entwickelter die eigene Kraft hinsichtlich der Einordnung des Wissensschatzes in allgemeine, der eigenen Erkenntnis entstammende Urteilsverbindungen sich gestaltet, desto selbständiger wird das Individuum in seiner Urteilstätigkeit. Gewisser Glaubensvorstellungen in dem oben berührten Sinne wird aber keiner, selbst nicht der geistig Höchststehende, entbehren können, da sie ein unbedingtes Erfordernis zur Überbrückung der Lücken in unseren aus der Erfahrung allein geschöpften Urteilsbildungen sind. So ist auch jeder von uns dem Irrtum unterworfen. Er entspringt einerseits daraus, daß der Erwerb von Erfahrungen über die Vorgänge der Außenwelt niemals zum Abschluß gelangt, sondern zu jeder Zeit durch neu zufließendes, bislang fremdartiges Empfindungsmaterial in seinem Besitzstande erschüttert wird, und andererseits daraus, daß unsere durch affektive Charakterveranlagung, Erziehung, Lebensgewohnheiten, Familien- und Volkstraditionen tief verankerten Leitvorstellungen auf ethischem, ästhetischem, religiösem, naturwissenschaftlichem Gebiete beständig in unsere Urteilsbildung eingreifen. So entstehen die Irrtümer aus Vorurteil und Aberglauben, die um so fester haften, je intensiver der ihnen innewohnende Gefühlswert für die betreffende Persönlichkeit ist. Vom Irrtum infolge hartnäckigen, unbelehrbaren Verharrens auf einmal gefaßten Meinungen zur Wahnbildung ist nur ein Schritt; eine scharfe Grenzlinie zwischen beiden besteht nicht. Denn beide besitzen die Eigenschaft, daß sie aus unrichtigen, den Tatsachen der Außenwelt nicht entsprechenden Vorstellungsverknüpfungen hervorgegangen sind. Als wesentliches unterscheidendes Merkmal des Irrtums von der Wahnidee wird der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Umstand betrachtet, daß ersterer einer Berichtigung durch spätere, aus neuen Wahrnehmungen und verbesserten Schlußfolgerungen geschöpfte Urteile zugänglich ist, während letztere jeglicher Beweisführung trotzt. Dieses unterscheidende Merkmal gibt hauptsächlich für diejenigen Irrtümer, welche aus der Unzulänglichkeit unserer Erfahrungen, resp. aus der Inkongruenz zwischen neuen Wahrnehmungen und unserem Erfahrungsschatze herrühren. Es versagt aber dort, wo Urteilsbildungen in Frage kommen, welche gar nicht oder nur mit einem belanglosen Bruchteile aus unseren äußeren Erfahrungen herstammen. So wird es verständlich, daß zwischen festgewurzelten Vorurteilen, zwischen Aberglaube und Wahnbildung prinzipielle Unterschiede nicht bestehen, indem ihnen gemeinsam die gesetzmäßige kausale Begründung in den Vorgängen der Außenwelt mangelt. Aber auch die durchaus berechtigten und aus dem menschlichen Bedürfnis nach Erkenntnis entspringenden Glaubensvorstellungen entbehren, soweit es sich um Vorstellungen über transzendentale Vorgänge handelt, dieser kausalen Begründung. Sie sind deshalb, wie die tägliche Erfahrung lehrt, eine fruchtbare Quelle von Wahnbildungen. Diese Betrachtung nötigt uns aber auch zur Bescheidenheit und weisen Einschränkung in unserer Auffassung über die geistige Beschaffenheit andersdenkender Menschen. Es ist nicht angängig, um bei dem Gebiete der religiösen Glaubensvorstellungen stehen zu bleiben, von religiöser Wahnbildung schon dann zu sprechen, wenn schrankenloses Versenken eines glaubensdurstigen Gemütes in religiöse Vorstellungskreise vorliegt und diese zur Grundlage uns unverständlich, ja widersinnig erscheinender Glaubensvorstellungen und daraus resultierender Handlungen werden. Es sei hier an die neuerdings wieder in Schwung gekommenen, auf der „christian science" basierenden Gebetsheilungen und an die spiritistisch-okkultistischen Bestrebungen der modernen Theosophie erinnert. Man hüte sich, in Fällen, in welchen diese Glaubensgebiete den Denkinhalt erfüllen, die Diagnose auf Wahnbildung zu stellen, wenn nicht beweiskräftige Zeugnisse für diese Diagnose durch andere, unzweifelhaft krankhafte psychische Erscheinungen gegeben sind.

Das hauptsächlichste Merkmal sogenannter primärer Wahnbildung ist in der Mehrzahl der Fälle — wenigstens soweit die paranoischen Krankheitszustände in Frage kommen — ihr Ursprung aus abnormen Gefühlszuständen im Zusammenhange mit einer krankhaften Überwertigkeit des Komplexes der Ich-Vorstellungen, des Bewußtseins der Persönlichkeit. Dieser rückt andauernd in den Mittelpunkt der Denktätigkeit, beherrscht sie vollständig und führt damit zur Bildung ganz unrichtiger Beziehungsvorstellungen zwischen dem eigenen Ich und den Vorgängen der Außenwelt. Dabei mag die alte Streitfrage unerörtert bleiben, ob der pathologische Gefühlszustand die Grundlage der krankhaften Vorstellungsrichtung ist, oder ob er bei dieser primären Wahnbildung nur eine untergeordnete, sekundäre Bedeutung hat.

Für jeden Fall sind diese Urteilsfälschungen über die Wertschätzung der Persönlichkeit und deren Zusammenhänge mit den Vorgängen der Außenwelt nur dann der Ausgangspunkt einer andauernden und weitere Kreise des Vorstellungsinhaltes erfassenden chronischen Wahnbildung, wenn eine, freilich bislang unaufgeklärte, Veränderung des assoziativen Mechanismus stattgefunden hat. Sie kennzeichnet sich klinisch dadurch, daß bei Integrität der formalen assoziativen Verknüpfung (Wiedererkennen, Merkfähigkeit und Gedächtnis im engeren Sinne können völlig unversehrt sein) eine tiefgreifende Störung in der Bildung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Urteilsassoziationen bewirkt worden ist. Die Kranken mit „fixen" Wahnideen besitzen also Besonnenheit in dem früher erörterten Sinne, jedoch keine Krankheitseinsicht, da ja in erster Linie ihr Urteil über die eigene Persönlichkeit gefälscht ist. Damit steht in engem Zusammenhang die Erfahrung, daß die Wahnidee durch neue eigene Erfahrungen oder durch Belehrung und Widerlegung nicht korrigiert werden kann.

Kraepelin hält eine Umwandlung der Gesamtpersönlichkeit oder eine krankhafte Verödung des geistigen Lebens für notwendig, damit überwertige Vorstellungen auf die Dauer das Übergewicht erhalten; der Ausbildung von Wahnideen liegt deshalb regelmäßig eine allgemeine Störung des psychischen Gesamtzustandes zugrunde.

Wernicke hält die Lockerung in dem festen Gefüge der Assoziation (die früher erwähnte Scjunktion) für das Ausschlaggebende bei der Wahnbildung. Er erblickt darin „einen Defekt, eine Kontinuitätstrennung, welche dem Ausfall gewisser Assoziationsleistungen entsprechen muß" (Verfall der Individualität).

In der Tat ist die Wahnbildung bei vorübergehenden, ausgleichbaren Störungen als ein Hemmungssymptom, bei chronischem Bestehen als ein Ausfallssymptom zu betrachten, indem die kritische Sichtung und Einordnung der Urteilsbildungen in die individuelle Erfahrung des gesunden Daseins verloren gegangen ist. Denn nur so wird es verständlich, daß die wahnhaften, aus der äußeren Wahrnehmung entstammenden Urteilsassoziationen bei den chronischen paranoischen Zuständen durch neue Wahrnehmungen nicht korrigierbar sind. Eine allgemeine Urteilsschwäche, welche den Wahnbildungen beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn sicherlich zugrunde liegt, besteht bei den paranoischen Zuständen im engeren Sinne nicht. Denn diese finden sich auch bei intellektuell durchaus gut entwickelten, ja sogar geistig hochstehenden Menschen; gerade bei solchen läßt sich am schönsten erkennen, wie jede Wahnidee zum unerschütterlichen Glaubenssatz nur dann wird, wenn das Urteil über die eigene Persönlichkeit, wenn die Beziehungen des Ichs zu den Außendingen in Frage stehen. Die Kranken besitzen über alle anderen (z. B. wissenschaftlichen oder wirtschaftlichen) Fragen oft ein völlig zutreffendes Urteil.

Gelingt es, bei Fällen chronischer systematischer (stabiler oder fortschreitender) Wahnbildung den ersten Anfängen des Leidens genauer nachzuspüren, so stößt man fast überall auf die Angabe, daß zuerst für einige Tage oder Wochen ein Zustand von geistiger Leere (z. B. äußerte einer unserer Kranken: „Mein Kopf war ganz weg"), verbunden mit einem unruhigen Gefühlszustande — der „Ratlosigkeit" — vorhanden gewesen sei. Auch ganz kurzdauernde, den früher erwähnten psychischen Deliquien zuzurechnende Störungen der Bewußtseinstätigkeit können die ersten Anlässe zur Wahnbildung sein.

Bei einem seit vielen Jahren in der Klinik befindlichen Paranoiker war nachträglich festzustellen, daß er im 21. Lebensjahre nach angestrengten Studien, nächtlichen Kneipereien usw. die erste deutlich erkennbare wahnhafte Urteilsbildung vollzogen hat. Der Patient stammte aus erblich stark belasteter Familie und hatte schon während der Gymnasialzeit mannigfache „nervöse" Störungen dargeboten. Er hatte auf einem Spaziergange „im Kater", als er an eine von ihm verehrte junge Dame dachte, eine „ohnmachtsartige" Anwandlung, die nur wenige Augenblicke währte. Als er sich wieder zurechtfand, wurde sein Blick durch einen Strauß von Rosen gefesselt. „Sofort wußte ich, daß die Dame mich liebte und die Rosen für mich bestimmt seien. Es war mir klar, daß sie mir durch die Rosen ein Zeichen gegeben hatte, um sie zu werben." Trotzdem er bei seiner Werbung eine derbe Abweisung erfahren hatte, blieb die krankhafte Urteilsbildung (wahnhafte Beziehungsvorstellung) für ihn eine unumstößliche Wahrheit.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Viele Kranke verbinden mit den pathologischen Organempfindungen, resp. Organgefühlen, welche diesen Bewußtseinsstörungen anhaften, nachträglich die Erklärungswahnvorstellung, daß sie betäubt, chloroformiert oder durch andere Gifte um ihren Verstand gebracht worden seien.

Noch klarer werden diese Beziehungen zwischen der Wahnbildung und den allgemeinen Denkstörungen bei den Fällen chronischer Paranoia, deren Anfänge durch einen remittierenden Verlauf ausgezeichnet sind. Es wird dann von intellektuell hochstehenden Patienten recht häufig in den Zeiten relativer geistiger Ruhe und Klarheit die Auskunft gegeben, daß die von ihnen selbst noch als fremdartig, krankhaft empfundenen Urteilsbildungen unter ganz besonderen Umständen (nach intensiver geistiger Arbeit, gemütlicher Erregung, schlaflosen Nächten usw.) ganz plötzlich und unvermittelt in ihr Denken „eingeströmt" seien. Freilich macht jeder neue Ansturm diese kritischen Überlegungen zunichte.

Eine zweite Gruppe bilden die inkohärenten und flüchtigen Wahnbildungen, welche bei akut einsetzenden und meist auch akut verlaufenden Psychosen (vgl. hierzu vor allem die Infektions- und Intoxikationspsychosen) auf dem Boden einer primären Inkohärenz entstanden sind. Das disparate, inhaltlich zusammenhanglose Vorstellungsmaterial wird zur Bildung ganz merkwürdiger und widersinniger Urteilsassoziationen verwandt. Daß die schon früherhin als wahnhafte Einfälle (vgl. S. 26) besprochenen krankhaften Vorgänge auf assoziative Störungen zurückzuführen sind, bedarf keiner weiteren Erörterung. Sie werden nur dann zum Ausgangspunkt fixierter Wahnvorstellungen, wenn die akute Psychose mit einem Intelligenzdefekte endigt. Wir verweisen auf die eigenartige, verschrobene, phantastische, zusammenhanglose Wahnbildung, welche oft der Hebephrenie, Katatonie und den immerhin selteneren Fällen von Dementia paranoides eigentümlich ist.

Eine dritte Gruppe umfaßt diejenigen Fälle, bei welchen der klinische Nachweis einer primären assoziativen Störung nicht erbracht werden kann und die Wahnbildung allein auf pathologische Affektvorgänge zurückgeführt werden muß. Dabei ist zu bemerken, daß Stimmungsanomalien besonders dann zur Wahnbildung disponieren, wenn pathologische Empfindungsreize oder affekterfüllte Vorstellungen den Anstoß zu einem jähen Anstieg der Affekterregung (sowohl im positiven, als auch im negativen Sinne) oder zu einem brüsken Umschlag des gerade vorherrschenden Gefühlszustandes geben.

Eine besondere Bedeutung für die Wahnbildung besitzen die Illusionen und Halluzinationen. Einmal schießen als Reizsymptome einzelne Halluzinationen und Illusionen — man kann sie geradezu als halluzinatorische Einfälle bezeichnen — hervor, während im übrigen die Bewußtseinstätigkeit verlangsamt, erschwert, die Assoziation mehr oder weniger gelockert ist. Die Halluzination haftet fest und wird der Ausgangspunkt bestimmter, um den Kern der Ichvorstellung gruppierter Wahnideen im Sinne des Erklärungs- und Beziehungswahns. Diese Art von halluzinatorischer Wahnbildung finden wir vornehmlich bei der Amentia. Bei den heilbaren Formen tritt mit der Genesung, mit der festeren Fügung des assoziativen Mechanismus und mit der Wiederkehr der normalen Urteilsbildung eine Korrektur dieser halluzinatorischen inkohärenten Wahnbildung ein. Beim Ausgang in geistige Schwäche bleibt die halluzinatorische Wahnbildung entweder unverändert bestehen oder führt zu weiterer Wahnbildung.

Bei den paranoischen Zuständen mit exquisit chronischer Entwicklung ist den Halluzinationen und Illusionen eine mehr sekundäre Bedeutung zuzumessen, und zwar auch dann, wenn diese Krankheitser-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheinungen in einzelnen Krankheitsphasen gehäufter auftreten; es läßt sich auch bei den chronischen Halluzinanten bei genauer Erforschung des Entwicklungsganges der Krankheit nachweisen, daß die wahnhaften Beziehungsvorstellungen sich (freilich oft nur in unklarer, verschwommener Ausdrucksweise) zuerst eingestellt haben. Die Halluzination prägt sozusagen den Beziehungswahn in bestimmte Formen, kleidet ihn in Worte.

Jede neue gemütliche Erregung drängt sie wieder in den Vordergrund und bewirkt eine Ergänzung und Erweiterung der Wahnbildung. In welcher Weise sich der Ausbau eines Wahnsystems vollzieht, wie sich späterhin logisch aus wahnhaften Prämissen entwickelte sog. „komplementäre" Wahnideen in das System eingliedern, wird die spezielle Psychiatrie lehren.

Viel schwieriger ist der wechselseitige Einfluß zwischen Wahnbildung und halluzinatorischer Erregung bei den akut einsetzenden und akut (sehr häufig periodisch) verlaufenden paranoischen Zuständen, bei welchen nur allzu häufig sofort beim Beginn des Anfalls die zuerst geäußerte Halluzination eine wahnhafte Urteilsassoziation widerspiegelt und ebenso jede in der Folge neu erzeugte Wahnidee. Die Patienten schildern ganze Reihen von halluzinatorischen Erlebnissen, die alle das Leitmotiv der Beeinträchtigung, der Verfolgung usw. erkennen lassen. Wir sind der Überzeugung, daß auch bei dieser sog. akuten halluzinatorischen Paranoia, bei welcher die heftigste gemütliche Erregung fast die Regel ist, die Wahnbildung als primärer Krankheitsvorgang aufzufassen ist. Wir finden diesen Krankheitszustand, von welchem erst in den letzten Dezennien die Amentia schärfer abgegrenzt wurde (letzterer ist eine primäre Wahnbildung nicht eigentümlich), fast ausschließlich bei den konstitutionell (hereditär) veranlagten Individuen. Dieselben bieten meistens schon früherhin die Vorläufer der Wahnbildung durch ihre verschrobene Lebensauffassung und Lebensführung (pathologisches Mißtrauen, verbunden mit pathologischem Eigendünekl usw.). Irgendwelche Anstöße, meist heftige gemütliche Erschütterungen, lösen (vgl. die Beobachtung S. 10), den akuten paranoischen Anfall und gleichzeitig die halluzinatorische Erregung aus. Es ist aber gerade hier am schärfsten erkennbar, daß die Ausprägung, die genauere Formulierung der Wahnidee durch die Halluzination oder Illusion herbeigeführt wird. Der Verdacht des Patienten wird durch die Halluzination zur unumstößlichen Gewißheit. Klingt der Gefühlssturm ab, der in allen diesen akut verlaufenden Fällen mehr oder weniger weitgehende Bewußtseinsstörungen bedingt, so sinkt die Überwertigkeit der Wahnidee auf ein immer tieferes Niveau, zugleich aber auch schwindet allmählich der halluzinatorische Erregungsvorgang. Die Kranken gewinnen in der Folge ihr gesundes Urteil zurück; die überstandene Krankheitsphase erscheint ihnen in der Erinnerung wie ein wüster Traum, wie ein fremdartiges, ihnen unbegreifliches Ereignis. In subakut verlaufenden Fällen können die Wahnideen in der Folgezeit als solche fortbestehen; da ihnen aber ein höherer affektiver Wert nicht mehr innewohnt, so besitzen sie auf das Denken und Handeln der Patienten keinen Einfluß mehr (Residualwahn).

Auch vereinzelte wahnhafte halluzinatorische Einfälle, welche scheinbar unvermittelt entstehen und plötzlich wieder schwinden, sind bei den originär verschrobenen Persönlichkeiten gar nicht selten.

Ein in Amt und Würden stehender, durchaus besonnener, aber eigentümlich mißtrauischer, jähzorniger und rechthaberischer Mann wurde nachts gegen 12 Uhr nach einer längeren gesellschaftlichen Sitzung (kein Alkoholabusus!) und nach einer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erregten Debatte über religiös-politische Fragen auf dem Nachhausewege von der Wahnvorstellung befallen, daß an jeder Straßenecke Jesuiten auf ihn lauerten. Er zog den ihn begleitenden Freund ängstlich in eine Nebenstraße, verbot ihm lautes Sprechen und erklärte ihm, daß zwei harmlose, ihrer Behausung zustrebende Spießbürger zwei römische Sendlinge seien, die ihn bewachen sollten. Er hätte gehört, wie sie seinen Namen gerufen haben. Am anderen Tage schrieb er dem Freunde einen Brief, in welchem er den Vorfall bedauerte; er müßte geradezu verrückt gewesen sein, daß er solches Zeug hätte glauben können. — Der Mann ging 10 Jahre später an einer arteriosklerotischen Hirndegeneration zugrunde.

Daß aber ein isolierter wahnhafter halluzinatorischer Einfall die Grundlage eines immer weiter ausgesponnenen Wahnsystems werden kann, lehren Fälle, in welchen erblich behaftete Individuen in Zuständen körperlicher und geistiger Erschöpfung und kurzdauernden halluzinatorischen Erregungen (meist zusammengesetzten Halluzinationen von großer sinnlicher Lebhaftigkeit) befallen werden.

Ein zwanzigjähriger Bauakademiker, welcher bei kümmerlicher Nahrungszufuhr anfänglich durch intensives Studium, nachher durch ebenso intensiv betriebenes Nachtleben in verrufenen Lokalen in einen Zustand hochgradiger intellektueller Erschöpfung geraten war, wurde von einem plötzlichen Schwächezustand im Berliner Tiergarten befallen. „Mir schwanden die Sinne, ich konnte nichts denken und mußte mich auf eine Bank setzen. In diesem Augenblick fuhr die kaiserliche Equipage an mir vorüber. Ich sah, wie der Kaiser mir huldvoll winkte und mir laut zurief: „Du bist mein Sohn!" Der Vorfall beschäftigte ihn in den nächsten Tagen unaufhörlich; er gelangte allmählich zu der Überzeugung, daß seine Eltern nur seine Pflegeeltern seien, und daß er als kleines Kind in seine Heimatsprovinz direkt aus dem kaiserlichen Palais geschickt worden sei. Der nächstliegende Gedanke war, sich eine Unterstützung seitens seines kaiserlichen Vaters zu verschaffen. Er ging ins Schloß, bezeichnete sich dort als kaiserlichen Prinzen und verlangte seinen Vater zu sprechen, um eine größere Summe zu erheben, die dieser ihm versprochen habe. Er wurde von dort auf die Irrenabteilung der Charité gebracht und äußerte schon nach wenigen Tagen ein ganz kompliziertes Wahnsystem mit grotesken, phantastischen Auslegungen seiner Abstammung und Lebensgeschichte. Wir sahen ihn viele Jahre später in einer Irrenanstalt wieder als chronischen Paranoiker.

Ein eigenartiges Zustandsbild, das ebenfalls vornehmlich auf dem Boden konstitutioneller Veranlagung entsteht, wird durch das massenhafte Auftauchen inhaltlich ganz disparater und zusammenhangloser Größen- und Verfolgungsideen gekennzeichnet. Hier ist die primäre inkohärente Erregung (vgl. S. 25) die Grundlage der widersinnigsten, durch Halluzinationen und Illusionen verstärkten Wahnbildung, die akut einsetzt und oft monatelang bestehen kann. Diese akute dissoziative Wahnbildung schwindet, wie mich eine Beobachtung aus letzter Zeit wiederum gelehrt hat, trotz scheinbarer Hartnäckigkeit ebenso plötzlich, wie sie entstanden ist. Auf der Höhe des Krankheitsvorganges sind Verwechslungen mit symptomatologisch nahestehenden, der schizophrenischen Krankheitsgruppe zugehörigen Krankheitsbildern außerordentlich häufig. Die völlige geistige Klärung ohne ethische und intellektuelle Einbuße belehrt uns dann über die richtige Natur des krankhaften Zustandes.

Um sekundäre Wahnbildungen im engeren Sinne, die man auch als erklärende Wahnbildungen bezeichnen kann, handelt es sich dann, wenn protrahierte pathologische Gefühlszustände, vor allem die manische heitere Exaltation oder die melancholische Depression oder die depressiv-reizbare, sog. hypochondrische Verstimmung der Boden der Urteilsfälschung ist. Bei der heiteren exaltierten Stimmungsanomalie mag die Überwertigkeit derjenigen Vorstellungen, welche der affektiven Störung am meisten entsprechen, die wesentlichste Ursache dieser Art von Wahnbildung sein. Doch ist hier zu bemerken, daß bei der reinen Manie eine Stabilisierung der Wahnideen trotz allen Schwelgens in Lustgefühlen kaum vorkommt; dagegen entwickeln sich die schrankenlosesten Größen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ideen auf der Grundlage der schwachsinnigen Euphorie des Paralytikers oder bei der in Schwachsinn übergegangenen Hebephrenie. Eindeutig als Erklärungswahn tritt uns die Wahnidee des Melancholikers und zum Teil auch des Hypochonders entgegen. Sie ist die logische Motivierung der Angst und schwindet (bei den heilbaren Fällen) mit dem Aufhören des pathologischen Gefühlszustandes. Bleiben die Wahnideen trotz Abklingens der krankhaften Stimmung bestehen und findet eine weitere Verarbeitung derselben im Sinne des Beziehungs- und Erklärungswahnes statt, so ist jener chronische Krankheitszustand gegeben, der von manchen Autoren als sekundäre Paranoia bezeichnet wird. Da in derartigen Fällen eine allgemeine Schwächung der Urteilsfähigkeit und eine Verarmung des Vorstellungsinhaltes Platz gegriffen hat, so wird die sekundäre Paranoia richtiger als Teilerscheinung der sekundären Demenz betrachtet.

Hinsichtlich der zahlreichen inhaltlichen Variationen der wahnhaften Urteilsbildungen verweisen wir auf die spezielle Psychiatrie. Nur die Hauptrichtungen, in welchen die Wahnbildung sich bewegt, mögen hier noch angeführt werden. Dem Grundgesetz entsprechend, nach welchem auch bei den weitverzweigtesten „systematisierten" Wahnbildungen die „Ich-Wahnvorstellungen" der Ausgangspunkt gewesen sind, und im Hinblick auf ihre unerläßliche Gefühlskomponente unterscheidet man den expansiven (euphorischen) Größenwahn und den depressiven Kleinheitswahn. Beide zusammen entsprechen den „Primordialdelirien" GRIESINGERS. Der depressive Wahn zerfällt wieder in einige Untergattungen: den Versündigungswahn, den hypochondrischen Wahn (einschließlich des Wahnes der Verwandlung in andere Menschen- oder Tiergestalten), den Verarmungswahn (einschließlich des Vernichtungswahnes) und den Verfolgungswahn (einschließlich des Eifersuchtswahns).

Als eine der Quellen der Wahnbildung haben wir früherhin die allgemeine Urteilsschwäche kennen gelernt, welche den angeborenen und erworbenen Schwachsinn kennzeichnet. Indem wir hinsichtlich der klinischen Varietäten der Entwicklungshemmungen auf geistigem Gebiete und der Verblödungsprozesse auf die einschlägigen Kapitel der speziellen Psychopathologie verweisen, mögen hier einige Bemerkungen über die ihnen gemeinsamen Merkmale Platz finden.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit des einzelnen wird weniger bestimmt durch den mehr oder weniger großen Vorrat an einfachen Vorstellungen (Erinnerungsbilder einzelner stattgehabter früherer Empfindungen) als durch den Reichtum an allgemeinen und zusammengesetzten konkreten (sinnlichen) und abstrakten Begriffen. Indem nicht nur die Summe der sinnlichen Partialvorstellungen in den Wortklang-, resp. Wortbewegungsvorstellungen ihre Zusammenfassung zu Einzelbegriffen findet, sondern auch alle komplexen allgemeinen Begriffe wiederum ihre bestimmte sprachliche Bezeichnung besitzen, so können wir bis zu einem gewissen Grade aus dem Wortschatze einen Rückschluß auf den intellektuellen Besitzstand ziehen.[1]) Je stärker die geistige Entwicklungshemmung, desto mühseliger ist die Verknüpfung der spärlichen Einzelvorstellungen zu Allgemeinvorstellungen und Begriffen (Vorstellungsarmut oder Intelligenzdefekt im engeren Sinne), und desto leichter werden einseitige und verkehrte Urteile gebildet (schwachsinnige Wahnideen infolge all-

[1]) Nach einer bei MEYNERT (Die Bedeutung des Gehirns für das Vorstellungsleben) befindlichen Notiz betrug der Wortschatz Shakespeares 15000, während derjenige eines englischen Matrosen nicht über einige Hundert hinausgeht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemeiner Urteilsschwäche), welche die obenerwähnten Merkmale der wahnhaften Urteilsbildung an sich tragen. Das gleiche gilt von dem erworbenen Schwachsinn, bei welchem die früher vorhandenen Begriffe und feingegliederten assoziativen Verknüpfungen verloren gegangen sind und schließlich nur noch disparate Glieder zusammengesetzter Vorstellungskomplexe in zusammenhangloser Weise aneinander gereiht werden (Inkohärenz des Schwachsinnes). Am klarsten tritt diese Verarmung betreffs der assoziativen Verknüpfungen und die aus ihr entspringende Urteilsschwäche bei der progressiven Paralyse hervor, bei welcher auch die Unfähigkeit der Kranken, neue Vorstellungsverknüpfungen aus dem zufließenden Empfindungsmaterial herzustellen und mit früheren Erfahrungen zu Urteilen zu verbinden, offenkundig ist.

III. Die krankhaften Störungen des Gefühlslebens.

Wir haben im vorstehenden schon mehrfach auf die Gefühlskomponente hingewiesen als einen wesentlichen Faktor, welcher die Wertigkeit der Empfindungen, der einfachen und zusammengesetzten Vorstellungen für die Ideenassoziation bestimmt. Während die Empfindung und ihre Erinnerungsbilder, die Vorstellungen, die Elementarphänomene des Bewußtseins sind, welche auf äußere, dem wahrnehmenden Subjekt (dem Komplex der Ich-Vorstellung, der Persönlichkeit) gegebene Gegenstände bezogen werden, repräsentieren die Gefühle und die aus ihnen entstammenden Gemütsbewegungen die subjektiven Bewußtseinselemente und dienen demgemäß zum Aufbau desjenigen Bewußtseinsinhaltes, welcher sich auf den Zustand des Subjekts selbst bezieht (Ich-Inhalte und Ich-Qualitäten: Lipps).

Unter Affekten versteht man plötzlich einsetzende und rapid anschwellende Gefühlsvorgänge, welche einen Einfluß auf die Ideenassoziation und die motorischen Innervationen ausüben.

Stimmungen sind Gefühlszustände von längerer Dauer, die teils in bestimmten, mit Bewußtsein erlebten, aber wieder vergessenen Anlässen, teils in Empfindungen der vegetativen Organe wurzeln, und die aus beiden Gründen der willkürlichen Beherrschung nur unvollkommen unterworfen sind (Stumpf). Die Intensität der augenblicklichen Gefühlswirkungen steht hier außer Proportion zu dem Bestand an Vorstellungen und Gedanken, indem letztere nur ganz unbestimmt und schattenhaft sind, während das Gefühl stark entwickelt auftritt. Es ist leicht verständlich, daß Affekterregungen sich verhältnismäßig leicht auf dem Boden dieser länger dauernden Gefühlszustände bei verhältnismäßig geringfügigen Anstößen entwickeln können. Da die Gefühle, wenigstens in ihrer ursprünglichen, erstmaligen Entstehung, an Empfindungen und Vorstellungen gebunden sind, so sind sie in letzter Linie ebenfalls abhängig von dem Erregungszustande der cortikalen Neurone.

Die Empfindungen und Vorstellungen übertragen ihre Gefühlskomponenten nach bestimmten Gesetzen. Jede Empfindung teilt ihre Gefühlsbetonung (sensorielle Gefühle) ihrem eigenen Erinnerungsbilde (der Vorstellung) mit (intellektuelle Gefühle). Zwei assoziativ verwandte Vorstellungen übertragen ihre Gefühlsbetonung aufeinander. Als Irradiation der Gefühlstöne bezeichnet Ziehen die Übertragung einer mehr oder weniger starken Gefühlsbetonung auf eine ihr assoziativ verwandte gefühlsärmere Vorstellung. So entstehen sekundäre intellektuelle Gefühlstöne. Als Reflexion der Gefühlstöne bezeichnet er den Vorgang, daß eine ursprünglich gefühlsfreie Vorstellung ihre sekundäre Gefühls-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betonung auf ihre eigene ursprünglich gefühlsfreie Grundempfindung überträgt. Es bilden sich dadurch sekundäre sensorielle Gefühle. Diese Reflexion und Irradiation der Gefühle sind im wesentlichen für die Entstehung und Fortdauer von Stimmungen, resp. Stimmungsanomalien maßgebend. Es folgt hieraus, daß den Gefühlen eine Übertragbarkeit zuzuschreiben ist, wie sie den Empfindungs- und Vorstellungsinhalten nicht zukommt. Die Entladungsbereitschaft, deren Veränderung den Affektveränderungen entsprechen soll, muß deshalb als eine übertragbare Eigenschaft betrachtet werden.

Wenn wir unter Gesamtbewußtsein die Summe aller innerhalb einer Zeiteinheit sich vollziehenden psychischen Vorgänge verstehen, so rechtfertigt sich der Satz, daß die Gefühlsreaktionen von dem Zustande unseres Gesamtbewußtseins abhängig sind. Alle Einwirkungen körperlicher und seelischer Art, welche Bewußtseinsstörungen herbeiführen, verursachen auch krankhafte Gefühlsreaktionen. Erst die neuere Psychologie hat die Bedeutung der Gefühlsreaktionen sowohl für unser psychisches Geschehen, als auch für die körperlichen Vorgänge richtiger erkannt und klarer formuliert. Vergleichen wir elementare Gefühle mit den Empfindungen, so finden wir als wesentliches unterscheidendes Merkmal der Gefühle außer der qualitativen Verschiedenheit und der erhöhten subjektiven Beschaffenheit das Fehlen einer räumlichen Bestimmtheit (Lipps). Man ist daher berechtigt, die emotionellen Vorgänge als eigene Bewußtseinselemente neben die intellektuellen zu stellen und diese zwei Gruppen in ihrer Zusammenfassung als die Bestandteile eines in der Zeit verlaufenden psychischen Prozesses zu bezeichnen. Den Gefühlen kommt also wie den Empfindungen eine Qualität, eine Intensität und eine Zeitdauer zu. Die ältere Psychologie unterschied nur die zwei Gefühlsqualitäten der Lust und der Unlust (Schmerz). Die Einteilung in zwei kontrastierende Grundformen oder Hauptrichtungen der Gefühle (positive und negative Gefühlstöne) genügt aber nicht, um die zahlreichen qualitativen Abstufungen der Gefühlsreaktionen zu kennzeichnen. Außer Lust und Unlust unterscheidet Wundt als zweite Hauptrichtung die erregenden und beruhigenden (exzitierenden und deprimierenden) und als dritte Hauptrichtung die spannenden und lösenden Gefühle. Auch diese neu aufgestellten Hauptrichtungen bewegen sich zwischen gewissen Gefühlsgegensätzen und müssen als Kollektivausdrücke einer unendlichen Menge individuell variierender Gefühle aufgefaßt werden. Nur selten wird sich ein einfaches, unzerlegbares sinnliches Gefühl mit einer ganz eindeutigen Verlaufsrichtung im normalen Bewußtseinsinhalte auffinden lassen. Fast immer besteht ein untereinander „zusammenhängendes, mehrfach ausgedehntes Gefühlskontinuum, das nicht nur verschiedene Hauptrichtungen, sondern auch qualitativ und individuell ganz verschiedenartige, schwer voneinander zu unterscheidende Gefühle enthält“ (Wundt). Die individuelle Veranlagung zu bestimmten, gleichmäßig wiederkehrenden affektiven Reaktionen wird als affektiver Charakter (Temperament) bezeichnet. Logische Gefühle (Wundt) werden diejenigen genannt, welche den Vorgang der Ideenassoziation, das Gelingen oder Mißlingen beim Aufbau einer logisch geordneten Vorstellungsreihe begleiten. Auch in der Psychopathologie müssen wir meist darauf verzichten, Gefühlsmischungen in ihre qualitativen Einheiten zu zerlegen.

Die Aufstellung Wundts gibt uns nur den Schlüssel in die Hand, in den Gefühlsmischungen die jeweilig vorherrschenden Gefühlsrichtungen genauer zu präzisieren. Es ist sehr wahrscheinlich, daß sowohl die Richtungen, als auch die Stärke der Gefühle von wesentlichstem Einfluß auf die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen psychischer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störungen sind. Bei den einzelnen Gefühlen, soweit dieselben experimentell erzeugbar sind, sind die physischen Begleit- und Folgeerscheinungen auf geringe Veränderungen der Herz- und Atmungsinnervation beschränkt. Bei den Affekten finden sich Wirkungen auf das Herz, die Blutgefäße, die Atmung und auf die Bewegungsorgane. Es treten zunächst Bewegungen der Antlitzmuskulatur (mimische Bewegungen), dann solche der Arme und des Gesamtkörpers (pantomimische Bewegungen) auf. Bei stärkeren Affekten gesellen sich ausgebreitete Innervationsstörungen (Muskelzittern, krampfartige Erschütterungen des Zwerchfells und der Antlitzmuskeln, lähmungsartiger Nachlaß des Muskeltonus) hinzu.

Die Folgewirkungen der Affekte auf die psychischen Vorgänge sind sowohl von der Intensität als auch von der Qualität der Gefühle abhängig. Intensivere Gefühlsreaktionen wirken bahnend auf die Ideenassoziation, beschleunigen also den Vorstellungsablauf, während intensivste Erregungen denselben hemmen. Akute Affekte in höchster Steigerung können zu einer momentanen Stockung des Vorstellungsablaufes, ja zu völliger Bewußtlosigkeit führen (Lotze). Welchen Einfluß außer den formalen Eigenschaften (Stärke- und Ablaufsgeschwindigkeit der Gefühle) auch die Gefühlsinhalte auf den Ablauf der Ideenassoziation besitzen, ist noch wenig aufgeklärt. Es kann nur im allgemeinen gesagt werden, daß positive Affekte die Ablaufsgeschwindigkeit steigern, während negative dieselbe verlangsamen.

Wir unterscheiden die folgenden Stimmungsanomalien:

A. Die Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit. Sie findet sich am ausgeprägtesten bei der Hysterie und bildet hier die Grundlage der mannigfaltigsten, sowohl in ihrer Intensität, als auch in ihrer zeitlichen Dauer abnormen Affektreaktionen. Auch den leichteren Formen der sog. maniakalischen Exaltation ist diese Übererregbarkeit auf affektivem Gebiete vielfach eigentümlich. Sie bildet ferner ein charakteristisches Merkmal mancher Zustandsbilder beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn, z. B. bei dem Jugend-Irresein (insbesondere in den Anfangsstadien der katatonischen Form), der Dementia paralytica und dem Altersschwachsinn. Sie verbindet sich vornehmlich bei den geistigen Schwächezuständen recht häufig mit einer krankhaften Veränderlichkeit und Beeinflußbarkeit der Gefühle, die in einem jähen Stimmungswechsel durch geringfügigste Ursachen (z. B. durch eine neu auftauchende Vorstellung oder durch Verbalsuggestionen traurigen, heiteren, zornerregenden Inhalts) sich kundgibt.

Doch sind diese letztgenannten Erscheinungen durchaus nicht immer die Begleiterinnen einer allgemeinen Steigerung der Affekterregbarkeit. Sie können sich sogar mit der nachstehend erörterten Abstumpfung des Gefühlslebens (Gefühlsverarmung, Gefühlsroheit) verbinden. Am bekanntesten sind die plötzlichen Zornausbrüche bei gefühlsstumpfen Imbezillen oder die plötzlichen Erregungszustände auf sexuell-erotischem Gebiete bei Paralytikern und senil Dementen, welche im übrigen die weitgehendsten Verarmungen und Verflachungen des Gefühlslebens aufweisen.

Die Labilität der Stimmung, die krankhafte „Launenhaftigkeit" ist auch bei normaler geistiger Entwicklung ein häufiges Attribut der hysterischen Gefühlsstörung. Hier ist nicht immer der Nachweis zu liefern, daß bestimmte Empfindungs- oder Vorstellungsreize den plötzlichen Stimmungswechsel verursacht haben. Man ist dann zu der Annahme genötigt, daß auch Änderungen des cortikalen Erregbarkeitszustandes an sich, „Verschiebungen innerhalb der latenten Erinnerungsbilder" (Ziehen), die Grundlage pathologischer Affekterregungen sein können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als krankhafte Ergriffenheit (ZIEHEN) wird die einseitige Steigerung der „höheren" (ethischen, ästhetischen und religiösen) Gefühle bezeichnet, welche wiederum insbesondere bei der Hysterie, aber auch bei der Paranoia (Wahnbildung auf religiösem Gebiete) zu eigenartigen ekstatischen Zustandsbildern führen kann. Daß ein Zustand hochgradig gesteigerter religiöser Ergriffenheit beim Zusammentreffen verschiedener schädigender Momente vorübergehend auch bei geistig gesunden Menschen Halluzinationen erzeugen kann, haben wir S. 8 gesehen.

Eine besondere Art der affektiven Übererregbarkeit bildet die reizbare Verstimmung, bei welcher aus geringfügigsten Ursachen heftige Zornaffekte entstehen.

Der Zornaffekt ist als eigenartiger Gefühlszustand aufzufassen, in welchem Unlust-, Erregungs- und Spannungsgefühle in merkwürdiger Mischung vereinigt sind. Er besitzt eine ausgesprochene Tendenz zu motorischer Entladung; die Zornhandlung ist immer gegen außen stehende Personen, selbst gegen leblose Gegenstände, und niemals gegen das eigene Ich gerichtet. Zunächst bewirkt der Zorn eine motorische Hemmung; erst wenn eine Summation der affektiven Erregung bis zu einer geswisen Höhe stattgefunden hat, erfolgen mit explosiver Heftigkeit jähe, beschleunigte motorische Reaktionen. Der Vorstellungsablauf zeigt in gleicher Weise anfänglich eine Hemmung, dann eine explosive Beschleunigung, und zwar in der Weise, daß Empfindungen fast unvermittelt Ziel- (resp. Bewegungs-) Vorstellungen und damit Handlungen auslösen. Alle hemmenden, im Spiele der Motive beruhenden Vorstellungen fallen demgemäß auf der Höhe des Zornaffektes aus. Das Überstürzte, geradezu Zweck- und Sinnlose der Zornhandlung gibt sich auch in den Ausdrucksbewegungen, insbesondere in dem Hervorstoßen abgerissener, unzusammenhängender Worte oder unartikulierter Schreie kund. Forensisch bedeutsam ist der partielle oder totale Erinnerungsdefekt für die Zornhandlung.

Die krankhafte reizbare Verstimmung bei normaler intellektueller Entwicklung finden wir vorwaltend bei den neurasthenisch-hypochondrischen, sowie bei den hysterischen Krankheitszuständen. Der Zornaffekt vermengt sich hier gelegentlich mit heftiger Angst. Aber auch beim Abklingen der maniakalischen Erregung oder im Beginn der Rekonvaleszenz der Amentia ist eine weinerlich-zornmütige Stimmung durchaus nicht selten. Wir begegnen ihr ferner im Verlaufe der senilen Involution.

Ein 80jähriger, hünenhaft entwickelter Mann wurde eines Tages in unsere Klinik verbracht, weil er in seinen unmotivierten Wutausbrüchen seine fast gleichaltrige Frau und 56jährige Tochter mit dem Stocke durchprügelte und Mobiliar zerschlug. Außer der in der greisenhaften Veränderung begründeten Einengung des geistigen Interessenkreises bot er keine intellektuellen Störungen dar, vor allem keinen Verlust der Merkfähigkeit oder wahnhafte Urteilsbildungen.

Die heftigsten Zornaffekte und die gewaltigsten Zornhandlungen bieten die Epileptiker entweder in den Dämmerzuständen oder auch außerhalb derselben (als Teilerscheinung der sog. epileptischen Charakterveränderung) dar (Furor epilepticus). Eine krankhafte Zornmütigkeit kann übrigens auch allen Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinns (es sei nur noch der brutalen Zornhandlungen der chronischen Säufer Erwähnung getan) eigentümlich sein.

Die weitgehendsten Schwankungen hinsichtlich der Intensität und Qualität bieten die Sexualgefühle dar. Auf die exzessive Steigerung derselben bei den schweren Graden des Schwachsinns haben wir schon hingewiesen. Pathologisch gesteigerte sexuelle Erregbarkeit finden wir außerdem bei der hereditären Form der Neurasthenie (hier sehr häufig mit den verschiedensten Phobien kombiniert), bei der Hysterie (bei dieser überwiegt aber die Herabsetzung oder das völlige Fehlen der Sexualgefühle) und bei der Epilepsie. Krankhaften Perversionen der Sexualgefühle, im Sinne der konträren homosexuellen Veranlagung begegnen wir ebenfalls am häufigsten bei psychopathisch veranlagten Individuen entweder im Verein mit anderen psychischen Krankheitserscheinungen und körperlichen Degenerationszeichen oder auch als ein isoliertes Merkmal psychischer Entwicklungsstörung. Bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jungen Männern (zwischen 18 und 25 Jahren), welche nicht nur schwere erbliche Belastung, sondern direkt auch die Zeichen erblicher Behaftung aufwiesen, sind wir mehrfach der Erscheinung begegnet, daß homosexuelle Neigungen und Antriebe nur im Alkoholrausche sich geltend machten, während im übrigen normale geschlechtliche Bedürfnisse vorhanden waren.

Eine pathologische Mischung von Wollust und Grausamkeit findet sich bei jener Störung des Geschlechtstriebes, die als Sadismus bezeichnet wird. Umgekehrt tritt beim Masochismus eine krankhafte Sucht hervor, die Wollustgefühle durch Erduldung körperlichen Schmerzes zu verstärken. Beide werden unter dem Begriff der Algolagnie („Schmerzgeilheit") durch v. SCHRENCK-NOTZING zusammengefaßt. Der Exhibitionismus besteht darin, daß eine Steigerung der Sexualgefühle durch Entblößen und Vorzeigen des männlichen Gliedes Kindern oder weiblichen Personen gegenüber erstrebt wird. Unter Fetischismus versteht man die Verstärkung von geschlechtlichen Gefühlen durch das Beschauen oder Betasten einzelner Körperteile, Kleidungsstücke (Stiefel, Unterröcke, Hemden u. dgl.). Die Zopfabschneider, Kleideraufschlitzer gehören hierher. Höchstwahrscheinlich um Mischungen von sadistischen und fetischistischen Gefühlsantrieben handelt es sich bei den Leichenverstümmlern, Bauchaufschlitzern, Lustmördern usw.

Unter der großen Zahl von geschlechtlichen Delikten, welche eine psychiatrische Begutachtung des Täters unbedingt erfordern, sind noch die unzüchtigen Berührungen, z. B. Manustuprationen von Kindern beiderlei Geschlechts, zu nennen, welche so häufig von Schwachsinnigen (angeborener Schwachsinn, epileptischer Schwachsinn, Dementia paralytica, senile Demenz) begangen werden. Es muß übrigens hier beigefügt werden, daß alle geschlechtlichen Verirrungen (einschließlich der Sodomie) auch von Individuen begangen werden, bei denen irgendwelche Zeichen eines krankhaften Geisteszustandes durchaus nicht vorhanden sind. Man wird in solchen Fällen oft den Nachweis liefern können, daß ursprünglich ganz normale Geschlechtsgefühle und normale Geschlechtstätigkeit bestanden haben, und daß die Ausartung in der geschlechtlichen Sphäre erst späterhin beim Sinken der normalen Geschlechtsgefühle Platz gegriffen hat.

B. Die krankhafte Apathie, die Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit, tritt als allgemeine, die Intensität und Qualität der Gefühlstöne in gleichem Maße schädigende Störung bei der primären Denkhemmung (Stupor) mit oder ohne Dissoziation am reinsten hervor. Nur dann, wenn interkurrente Reizsymptome (Einfälle, Halluzinationen) auftreten, ändert sich vorübergehend das stumpfe, gleichgültige, teilnahmslose Verhalten der Kranken: ein flüchtiges Lächeln oder ein weinerlicher Ausdruck huscht über ihr Gesicht, aber auch heftige mimische und pantomimische Affektentladungen unterbrechen das gar nicht selten über Monate sich erstreckende Bild tiefster Apathie. Bei der einfach-melancholischen Verstimmung oder auch im Initialstadium schwerer Melancholien finden wir einen im wesentlichen auf der Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit beruhenden Zustand von Apathie. Die Patienten klagen darüber, daß sie weder Freude, noch Trauer, noch Zorn empfinden können. Mit Vorliebe sagen sie in Anlehnung an das Hauffsche Märchen, daß ihnen ein steinernes Herz eingesetzt sei. Die Verarmung an ästhetischen und ethischen Gefühlsreaktionen tritt uns aber auch bei der Neurasthenie und Hypochondrie entgegen in der Form des Verlustes höherer geistiger und künstlerischer Interessen. Sie ist hier eine Begleiterscheinung der Erschwerung der komplizierteren intellektuellen Leistungen und steht meistens in einem schroffen Gegensatz zu der Reizbarkeit auf affektivem Gebiete gegenüber einfachen Sinnesempfindungen oder bei Weckung von Vorstellungen mit ausgeprägten egozentrischen Gefühlselementen.

Eine völlig andere Stellung besitzt die gemütliche Apathie beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn. Bei ersterem handelt es sich um eine mangelhafte Entwicklung des Gefühlslebens, welche mit der intellektuellen Entwicklungshemmung gleichen Schritt halten, dieselbe aber auch überflügeln kann (vgl. moralischen Schwachsinn). Das hervorstechendste Merkmal ist das einseitige Hervortreten der „niederen" mit Organempfindungen zusammenhängenden Gefühlsregungen (Hungerge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fühle, Sexualgefühle usw.) bei gleichzeitigem Mangel aller ethisch-ästhetischer Gefühlsreaktionen. Ein den höheren Ständen angehöriger Schwachsinniger äschert ein Haus ein, um bei den Löschungsarbeiten ein Glas Wein zu erlangen!

Beim erworbenen Schwachsinn geht, wie uns besonders die progressive Paralyse lehrt, der Verlust der höherstehenden Gefühle mit dem Ausfall der intellektuellen Leistungen Hand in Hand. Hier läßt sich am klarsten erkennen, wie das Tun und Handeln des gesunden, intellektuell vollentwickelten Menschen im letzten Grunde von den komplizierten, abgeleiteten Gefühlsregungen, die wir als altruistische (sittliche, religiöse usw.) Gefühle bezeichnen, abhängig ist. Der Paralytiker, aber auch der an alkoholistischer, epileptischer, seniler Demenz leidende Kranke wird unanständig, schamlos, lügenhaft, begeht Diebstähle, Wechselfälschungen usw. In höheren Graden der Erkrankung tritt dann eine allgemeine Gefühlsverarmung und Gefühlsstumpfheit ein.

Mehr um eine Gefühlseinengung als um einen Gefühlsdefekt handelt es sich bei jenen Fällen mit chronischer Wahnbildung, bei welchen bestimmte, krankhafte Vorstellungskreise ausschließlich die geistigen Interessen repräsentieren und die ihnen zugehörigen egozentrischen Gefühlstöne die Handlungen der Kranken beherrschen. Beim Altersschwachsinn lassen sich die Übergänge zwischen der Gefühlseinengung und der Gefühlsverarmung am schönsten verfolgen.

C. Die heitere Verstimmung (Hyperthymie) tritt uns als primäre Krankheitserscheinung am reinsten bei der Manie entgegen. Der leichteste Grad dieser Krankheit, die sog. maniakalische Exaltation, zeigt uns am anschaulichsten, daß positive (Lust- und Erregungs-) Gefühle sich allen intellektuellen Vorgängen, und zwar auch solchen, die unter normalen Verhältnissen nur eine geringe oder sogar negative Gefühlsbetonung haben, in erhöhtem Maße zugesellen. Es muß also eine krankhafte Abänderung des Gefühlszustandes vorliegen, welche unabhängig von der Qualität der Empfindungen und dem Vorstellungsinhalt sein kann und im wesentlichen nur beeinflußt wird von der Intensität der dem Bewußtsein zufließenden äußeren und inneren Reize. Die Frage ist bislang ungelöst, ob die mit der heiteren Verstimmung immer verbundene Steigerung der Ablaufsgeschwindigkeit der psychischen Prozesse, welche sich sowohl in den Ausdrucksbewegungen (einschließlich der Sprache), als auch in den Handlungen der Kranken offenbart, ein ursprüngliches Krankheitselement ist, oder ob sie nur eine Begleit- oder sogar Folgeerscheinung der psychischen Übererregung darstellt.

Wir persönlich neigen im Hinblick auf die experimentelle Erzeugung von Lustgefühlen (durch Alkohol, Opium, Morphium, Cannabis indica usw.) zu der Ansicht, daß sowohl die heitere Verstimmung, als auch die nachher zu erörternde traurige Verstimmung primäre Krankheitsvorgänge sind, welche auf Störungen der biomechanischen und biochemischen Prozesse innerhalb der kortikalen Neurone zurückzuführen sind. Bei dem Versuche einer genaueren Formulierung dieser Störungen liegt uns die Hypothese am nächsten, daß bei diesen primären Hyperthymien durch Reize sowohl eine Steigerung der assimilatorischen als auch der dissimilatorischen Erregungen stattfindet, welche im Sinne der ZIEHEN'schen Theorie eine Erhöhung der Entladungsbereitschaft herbeiführt. Sowohl konstitutionelle (ererbte) Prädisposition, als auch chronische Vergiftungen (Alkohol) können die Grundlage von periodischen gleichartigen oder alternierenden Störungen der Dynamik der kortikalen Neurone im vorstehenden Sinne werden.

Die gesteigerte Ablaufsgeschwindigkeit der Ideenassoziation entspringt entweder der gleichen Ursache wie die Steigerung der positiven Gefühlstöne: sie ist dann die notwendige Begleiterin der heiteren Verstimmung; oder sie ist die Folge der verstärkten und einseitig gerichteten Gefühlserregung: die Steigerung und Zersplitterung der Aufmerksamkeit, die beschleunigte Weckung und Verknüpfung von Vorstellungen und die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erleichterte Auslösung motorischer Reaktionen sind stetige Begleiterscheinungen der heiteren Exaltation.

Wie sich im einzelnen die primäre heitere Exaltation in dem Reden und Tun der Kranken kundgibt, inwieweit auch ihr Vorstellungsinhalt durch die Gefühlsstörung bestimmt wird, wird aus der Schilderung der Manie hervorgehen. Hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, daß zur heiteren Verstimmung der Manie sich Zornaffekte hinzugesellen.

Fast alle akuten und chronischen Geisteskrankheiten können episodisch das Symptom der heiteren Verstimmung in verschiedenartiger Ausprägung und wechselnder, mannigfacher Mischung mit den Gefühlselementen der reizbaren Verstimmung darbieten. Es kann so zu höchst zusammengesetzten und schwer zu analysierenden Gefühlszuständen kommen. Wir verweisen besonders auf die Erregungszustände im Verlauf der juvenilen Verblödungsprozesse, sowie auf die toxischen Psychosen. Die heitere Exaltation des Paralytikers kann insofern mit derjenigen der wirklichen Manie verwechselt werden, als in beiden ganz wesentlich dem Komplex der Ich-Vorstellung die gesteigerte Gefühlsbetonung anhaftet. Das gehobene Selbstgefühl des Paralytikers (die Euphorie) steigert sich zu maßloser Überschätzung der eigenen körperlichen und geistigen Kräfte und wird so zur Grundlage schwachsinniger Größenwahnvorstellungen.

Die sekundäre heitere Exaltation (Ziehen), bei welcher Halluzinationen und Wahnideen heiteren Inhalts die Stimmungsanomalie verursachen, findet sich vornehmlich bei den akuten und chronischen paranoischen Zuständen.

D. Die traurige Verstimmung (Dysthymie). Sie wird dadurch gekennzeichnet, daß alle Empfindungsreize und alle Vorstellungen von intensiven Unlustgefühlen begleitet sind. Daneben spielen bei den protrahierten „depressiven" Gefühlszuständen der Melancholie zweifellos Hemmungs- und Spannungsgefühle eine große Rolle. Der Ausgangspunkt der traurigen Verstimmung ist sehr häufig in schmerzlichen, gemütserschütternden Anlässen (Tod eines geliebten Familiengliedes, enttäuschte Hoffnungen, Geldverluste usw.) gelegen, und kann die Grenzlinie zwischen physiologischer Traurigkeit, Kummer, Sorge und pathologischer Gemütsdepression im einzelnen Falle recht schwierig zu finden sein. Im allgemeinen ist die traurige Verstimmung dann als krankhaft zu betrachten, wenn ein grelles Mißverhältnis zwischen den gemütlichen Anstößen und der Schwere, resp. Dauer der gemütlichen Depression besteht. Außerdem ist maßgebend der Einfluß, welchen die Stimmungsanomalie auf die Gesamtheit der psychischen Vorgänge, einschließlich der Handlungen, und auf den körperlichen Zustand gewinnt. Am reinsten tritt uns der pathologische Charakter der traurigen Verstimmung in den Fällen entgegen, in welchen sie ohne jeglichen Zusammenhang mit bestimmten äußeren Anlässen entsteht (z. B. bei den periodischen Melancholien oder bei der melancholischen Phase der zirkulären Geistesstörung).

Eine fast regelmäßige Folgeerscheinung der gemütlichen Depression ist die Erschwerung des Vorstellungsablaufs. In leichteren Graden finden wir nur ein Haften an bestimmten, mit den auslösenden traurigen Anlässen inhaltlich zusammenhängenden Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexen. Es ist eine Art traurigen Zwangsdenkens, indem die gleichen mit starken negativen Gefühlstönen erfüllten Erinnerungsbilder immer wieder auftauchen. In schwereren Fällen ist die Denkhemmung vollständiger: die Patienten sind außerstande, selbst einfachste Denkoperationen auszuführen. In erster Linie sind die Aufmerksamkeit und die Merk-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fähigkeit der Kranken in auffälliger Weise geschädigt. Die Patienten zeigen ein stumpfes Hinbrüten, ganz ähnlich wie bei den primären stuporösen Krankheitszuständen. Der pathologische Gefühlszustand wird dann nur erschlossen aus bestimmten affektiven (mimischen und pantomimischen) Reaktionen.

Die genetischen Beziehungen zwischen der Denkhemmung und der traurigen Verstimmung sind die gleichen wie bei der heiteren Exaltation. So muß bei sehr vielen Fällen unentschieden bleiben, ob das Überwiegen krankhafter negativer Gefühlselemente das Ursprüngliche und Ausschlaggebende und die Denkhemmung nur eine Folgeerscheinung ist, oder ob es sich hier um gleichgeordnete, derselben Ursache entspringende Krankheitsvorgänge handelt. In anderen, nur rudimentär entwickelten Fällen melancholischer Verstimmung (vgl. die Apathie), bei welchen weniger eine ausgeprägte traurige Verstimmung, als ein Nachlassen der gemütlichen Anspruchsfähigkeit vorliegt, ist die Denkhemmung sicher als eine der Affektstörung gleichgeordnete Krankheitserscheinung aufzufassen. Ganz wesentlich werden die auf dem Boden der gemütlichen Depression entstandenen Krankheitsbilder bestimmt durch die besondere Art der motorischen Reaktion. Der krankhafte Gefühlszustand wirkt bald hemmend, bald erregend auf das motorische Verhalten. Wir unterscheiden hier:

a) Die einfache motorische Hemmung, bei welcher neben dem Ausfall der Mehrzahl oder aller psychomotorischer Impulse (Willenshandlungen und impulsive Affekthandlungen) eine vollständige Lösung der Körpermuskulatur vorhanden ist, und

b) die motorische Hemmung mit Spannungszuständen der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur, die man früherhin als „Attonität" und neuerdings als katatonische Zustandsform der Melancholie bezeichnet hat.

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Gestaltung der Krankheitsbilder und für die besondere Art und den Grad der motorischen Affektreaktionen ist das Auftreten der negativen Affektschwankung, der Angst. Sie kennzeichnet sich dadurch, daß sie mit weittragenden psychischen und somatischen Folgewirkungen verbunden ist, welche ihrerseits wiederum zu den mannigfaltigsten, individuell verschiedenartigen, intensiven, quälenden Organempfindungen und Organgefühlen Veranlassung sind. Die durch die Angst bedingten Hemmungen der Ideenassoziation verstärken pathologische Spannungsgefühle, die in das Kopfinnere lokalisiert werden, während die Einwirkungen auf die motorischen, vasomotorischen und sekretorischen Innervationsvorgänge nicht nur die Intensität der Angst infolge dieser neuen „sekundären" Gefühlserregungen im allgemeinen steigern, sondern auch ihre besondere Lokalisation in einzelnen Körpergebieten vorwaltend bestimmen. Die häufigste Form ist die Präkordialangst, die mit eigentümlichem Druckgefühl in der Herzgegend verbunden ist. Oppressionsgefühle, die auf den ganzen Thorax sich verteilen („Ich kann kaum Luft holen, so angst ist mir"), schließen sich an die Präkordialangst gelegentlich an und täuschen so dem Unkundigen Asthmaanfälle vor. Andere Lokalisationen der Angst sind die Kopfangst (die vorerwähnten Spannungsgefühle + vaskuläre Empfindungen, resp. Gefühle), die Bauchangst (am häufigsten in der Magengegend), die Knieangst usw. Je nach dem Grade und dem Verlaufe des Angsteffektes unterscheiden wir Angstgefühle, d. i. längerdauernde und leichtere Angstzustände, und Angstanfälle im engeren Sinne. Während bei ersteren die affektiven cortiko-fugalen Erregungsentladungen überwiegen (qualvolle mo-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

torische Unruhe, Reibebewegungen mit den Händen, kratzende Bewegungen mit den Fingerkuppen), sind die letzteren in völlig unberechenbarer Weise bald von weit verbreiteten Erregungsentladungen (Angstzittern, chroeiformen Angstbewegungen, inkohärenter motorischer Jaktation, Angstschweißen, ausgedehntem peripherem Gefäßkrampf usw.), bald von schweren Hemmungsentladungen (Angststupor) begleitet. Die agitierte Angst ist außerdem mit den lebhaftesten Ausdrucksbewegungen (lautem Schreien, heftigem Gestikulieren, wälzenden Bewegungen des Körpers, Strampelbewegungen der Beine usw.) verknüpft.

Wir finden die primäre Depression nicht nur als ursprüngliches und ausschlaggebendes Symptom der Melancholie, sondern auch als mehr oder weniger scharf ausgeprägte Krankheitserscheinung von wechselnder Dauer im Beginne und im Verlaufe anderer Geistesstörungen. Sie stellt z. B. bei der Dementia paralytica oder bei der Hebephrenie oder endlich bei der senilen Involution die ersten Zeichen des sich langsam, gleichsam unter der Decke vollziehenden geistigen Verfalles dar. Einen bestimmten, vielfach geradezu gesetzmäßigen Wechsel zwischen trauriger und heiterer Verstimmung zeigen die im speziellen Teile genauer geschilderten Krankheitsfälle der zirkulären Psychose.

Der Angstaffekt entsteht durchaus nicht ausschließlich auf dem Boden der traurigen Verstimmung, sondern kann, wie wir schon gesehen haben, fast ebenso häufig mit der reizbaren Verstimmung bei den neurasthenisch-hypochondrischen und hysterischen Krankheitszuständen verbunden sein. Anfällen agitierter Angst begegnen wir verhältnismäßig häufig bei den alkoholistischen und epileptischen Psychosen. Der Angstaffekt tritt aber auch als relativ selbständige Krankheitserscheinung mit den weittragendsten körperlichen und psychischen Folgewirkungen bei den sog. Angst- und Schreckpsychosen infolge schwerer, shockartig wirkender Gemütserregungen auf. Aber auch organische Erkrankungen, unter denen in erster Linie die Erkrankungen des Herzens und der Gefäße zu nennen sind, können ohne jede psychische Veränderung schwere Angstzustände wachrufen. Es sei hier nur an die Angstanfälle der wahren Angina pectoris erinnert.

Sekundäre Depression, resp. sekundäre Angst wird durch das zwangsweise Auftauchen von Furchtvorstellungen, welche an bestimmte Empfindungen, resp. Erinnerungsbilder geknüpft sind (Phobien)[1]), und durch Wahnideen im engeren Sinne ausgelöst. Nicht zu verwechseln ist diese Art von Wahnbildung, bei welcher die psychische Depression und die Angst ihr gleichsam nachhinkt, mit der S. 36 erwähnten erklärenden Wahnbildung, bei welcher primäre Depression und Angst zu bestimmten, wahnhaften Erklärungsversuchen des krankhaften Gefühlszustandes die Veranlassung gegeben haben. Die melancholische Angstvorstellung und in gleicher Weise auch die einfache hypochondrische Wahnvorstellung (bei reizbar-ängstlicher Verstimmung) kennzeichnen sich dadurch, daß die wahnhafte Urteilsbildung sich ausschließlich auf den körperlichen und geistigen Zustand, auf die sittliche Qualifikation, Vermögensverhältnisse u. dgl. der eigenen Persönlichkeit bezieht (Kleinheits-, Verarmungs-,

[1]) Bei den von L. Meyer zuerst beschriebenen Intentionspsychosen liegt der Fall vor, daß die einzelnen Glieder einer assoziativ eng verknüpften Reihe von Erinnerungsbildern, welche ein bestimmtes, gemütserschütterndes Erlebnis zum Inhalt haben, jedes für sich, eine abnorm starke negative Gefühlsbetonung im Sinne der Angst besitzen. Es werden dann in der Folge die heftigsten Angstzustände mit den weitgehendsten somatischen Folgewirkungen herbeigeführt, wenn nur ein einzelnes Glied dieser Erinnerungsreihe dabei ganz außer Zusammenhang mit dem früheren Erlebnisse durch eine Sinnesempfindung geweckt wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Versündigungswahn), während bei der primären Wahnbildung von Anfang an wahnhafte Urteilsfälschungen (Beziehungswahnvorstellungen) in dem Sinne gebildet werden, daß die Ursachen für diese Veränderung der Persönlichkeit und der Lebensverhältnisse immer in Vorgängen der Außenwelt gesucht und gefunden werden. Es führt dies zu den früher erwähnten Beeinflussungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen. Der sog. Beschuldigungswahn, d. i. der Wahn, fälschlich eines Verbrechens geziehen zu werden oder wegen eines vermeintlichen Verbrechens verklagt zu sein („Ich höre schon den grünen Wagen kommen, welcher mich nach dem Gefängnis führen soll"), steht sozusagen in der Mitte zwischen primärer und sekundärer (erklärender) Wahnbildung, indem wir ihn sowohl bei primärem Verfolgungswahn, als auch als abgeleitete Wahnvorstellung bei der Melancholie vorfinden. Das gleiche gilt von den Vergiftungsideen, welche der Hypochonder aus einfachen hypochondrischen Wahnvorstellungen ableitet (die hypochondrische Paranoia von C. WESTPHAL).

Bei psychopathisch prädisponierten Individuen treten auch ganz außer Zusammenhang mit bestimmten intellektuellen Prozessen, und ohne daß ein krankhafter Gefühlszustand zu gleicher Zeit besteht, plötzliche und kurzdauernde Affekterregungen ein, welche dem Kranken als fremdartige, geradezu aufgezwungene Gefühlsvorgänge erscheinen. Diese „Zwangsaffekte" sind recht häufig der Ausgangspunkt von Zwangshandlungen.

IV. Störungen des Handelns.

Da alle psychischen Vorgänge beim gesunden und kranken Menschen von uns nur aus seinen motorischen Reaktionen erschlossen werden können, so wird bei der Erforschung der Geistesstörungen ihrem Studium die größte Bedeutung zuerkannt werden müssen. Wir unterscheiden hier die sog. Willenshandlungen, welche durch die Zielvorstellung einer bezweckten Bewegung ausgelöst werden, von den Ausdrucksbewegungen (mimische und pantomimische Bewegungen), welche im wesentlichen durch die Intensität und Qualität der Gefühle bestimmt werden.

Willensstörungen im Sinne der alten Psychiatrie, welche auf der Annahme einer eigenen „Willenssphäre" aufgebaut war, gibt es nicht. Störungen der Willenshandlungen werden verursacht durch alle bislang erörterten krankhaften Vorgänge auf dem Gebiete der Empfindungen, der Vorstellungsbildung, der Ideenassoziation und der Gefühlsvorgänge. Werden durch die verschiedenartigsten krankhaften Vorgänge Handlungen in gesteigertem Maße und in beschleunigtem Tempo ausgelöst, so sprechen wir von motorischer Agitation und umgekehrt von krankhafter Willensschwäche (Abulie) und von motorischem Stupor, wenn der motorischen Entladung durch psychische Krankheitszustände weitgehende Hemmungen entgegengesetzt werden. Als tobsüchtige Erregung bezeichnet man die heftigsten Grade motorischer Agitation, welche aus den verschiedensten Ursachen und im Verlaufe der verschiedensten klinischen Krankheitsformen (Manie, Amentia, einschließlich der Dämmerzustände, Paranoia, Hebephrenie, progressive Paralyse usw.) vornehmlich unter dem Einfluß heftiger Affekterregungen zustandekommen. Da die Störungen der Handlungen, einschließlich der Ausdrucksbewegungen, die hauptsächlichsten und sinnenfälligsten Merkmale jeder geistigen Veränderung sind, so werden sie bei der Darstellung jeder einzelnen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

klinischen Krankheitsform eine eingehende Betrachtung finden. An dieser Stelle kann nur eine kurze Übersicht gegeben werden über die psychopathologischen Grundlagen und die allgemeinen Merkmale der psychomotorischen Krankheitserscheinungen. Ein pathologischer Einfluß der Empfindungen im Sinne einer Bahnung oder Hemmung motorischer Entladungen wird im wesentlichen durch Schwankungen der Empfindungsintensität und durch die Qualität und Intensität der begleitenden Gefühle verursacht. Im allgemeinen kann man sagen, daß mäßige Steigerungen der Empfindungsintensität und positiv gerichtete Gefühle eine erleichterte und beschleunigte Auslösung von Handlungen bewirken, während intensivste und mit starken negativen Gefühlen behaftete Empfindungen eher einen hemmenden Einfluß ausüben. Die reaktiven Handlungen, welche auf diesem Wege zustandekommen, sind als pathologisch gesteigerte Abwehrbewegungen (MEYNERT) aufzufassen. Doch ist nicht zu verkennen, daß auch verstärkte Ausdrucksbewegungen, welche durch pathologisch gesteigerte Gefühlstöne der Empfindungen verursacht sind, diesen Reaktivbewegungen beigesellt sind. Die Illusionen und Halluzinationen sind ganz besonders geeignet, Reaktiv- und Ausdrucksbewegungen in gesteigertem und beschleunigtem Maße zu bewirken. Doch sind hier an den pathologischen Bewegungsäußerungen auch Initiativ- (Angriffs-) Bewegungen (MEYNERT, WERNICKE) in hohem Maße, und zwar vorwaltend durch die inhaltliche Bedeutung der Halluzinationen, resp. Illusionen, mit beteiligt.

Unter den hauptsächlich durch den pathologischen Gefühlszustand bedingten motorischen Agitationen steht die Manie obenan. Hier bringen die pathologisch gesteigerten Lust- und Erregungsgefühle ein buntes und stets wechselndes Bild mimischer und pantomimischer (gestikulatorischer) Entladungen und eine durch Reime und Alliteration ausgezeichnete Logorrhoe hervor. Bei den geringeren und mittleren Graden maniakalischer Exaltation, bei welchen der assoziative Zusammenhang der Vorstellungen ganz oder in größeren Bruchstücken noch erhalten ist, findet außerdem noch eine beschleunigte und vermehrte Auslösung von Initiativbewegungen statt, welche zu einer scheinbar noch folgerichtigen, jedoch in ihren Motiven und Zwecken unsinnigen Handlungsweise führen. Bei stärkerer Ausbildung der heiteren Erregung bedingen bunt zusammengewürfelte Zielvorstellungen ein überstürztes, widerspruchsvolles, geradezu triebartiges Handeln. — Affektiv bedingte motorische Hemmung, welche ebensowohl aus den negativen Gefühlstönen, als auch aus der Verlangsamung und Erschwerung des Vorstellungsablaufes hergeleitet werden kann, ist der melancholischen Verstimmung eigentümlich. Die Angstaffekte wirken, wie wir früher gesehen haben, bald hemmend, bald bahnend auf die Auslösung von Handlungen ein. Im letzteren Falle bestehen sie entweder aus den einfachen motorischen Affektentladungen oder aus komplizierten Bewegungsäußerungen, welche ihren prägnantesten Ausdruck in den so häufigen Selbstmordversuchen der Kranken finden. Von besonderen Formen der Angsthandlungen sei hier nur der Drang nach Betäubung durch alkoholische Getränke, sowie — fast ausschließlich bei weiblichen Patienten — die maß- und schamlose Masturbation erwähnt. Bei den explosiven, gewalttätigen Angsthandlungen (z. B. Tötung der eigenen Kinder) handelt es sich meist um eine merkwürdige Mischung von Angst- und Zornaffekten. Die Angstbewegungen treten in der Regel anfallsweise auf. In der Zwischenzeit befindet sich die Körpermuskulatur in einem abnormen Spannungszustande. Die Patienten verharren regungslos in den verschiedenartigsten Zwangshaltungen, sind entweder völlig mutistisch oder stoßen abgerissene Jammerlaute oder Klageworte aus. Die Augen sind weit geöffnet, auf der Stirn findet sich tiefe horizontale, an der Nasenwurzel senkrechte Furchung; nur selten kommt es zu wirklicher Tränensekretion. Auf die mächtige motorische Tendenz des Zorns haben wir schon aufmerksam gemacht. Bei der tobsüchtigen Erregung werden Zornhandlungen niemals vermißt.

Bei der Mehrzahl der akut einsetzenden Psychosen, welche mit einer primären Beschleunigung des Vorstellungsablaufs verbunden sind (z. B. Amentia), ist die hochgradige motorische Agitation Teilerscheinung der pathologisch gesteigerten Erregbarkeit der gesamten psychischen Vorgänge, obgleich auch hier der Gefühlston und der Inhalt der Halluzina-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionen für die besondere Ausprägung der Bewegungsäußerungen von Bedeutung ist.

Ebenso gibt die primäre Dissoziation, sei es, daß sie mit Erregung oder mit Hemmung des Vorstellungsablaufes verknüpft ist, den Bewegungsäußerungen der Kranken ein besonderes Gepräge.

Die Jaktation der Vorstellungen ist durchweg mit einer Steigerung des Mienen- und Gebärdenspiels (exzessives Grimassieren und Gestikulieren) und mit einem allgemeinen Drang nach motorischer Betätigung verbunden, der auf der Höhe der Erregung zu den mannigfachsten, oft geradezu gewaltsamen und monoton wiederholten Bewegungskombinationen (Lauf-, Roll-, Kletter-, Schlagbewegungen usw.) führt oder sich in einem blinden Zerstörungsdrange äußert. Die ausgeprägtesten Zustände inkohärenter motorischer Jaktation bieten die Erregungsphasen der progressiven Paralyse dar. — Umgekehrt werden wir bei den primären Denkhemmungen den weitgehendsten Ausschaltungen motorischer Entladungen begegnen. Das früher erwähnte Zustandsbild des primären Stupors, welches sich aus der Hemmung der gesamten cortikalen (einschließlich der cortikomotorischen Funktionen ergibt, setzt sich aus einer mehr oder weniger vollständigen Aufhebung der Merkfähigkeit, Stillstand des Vorstellungsablaufes, Wegfall der Reaktiv- und Initiativbewegungen (Ausdrucks- und Willkürbewegungen) zusammen. Bei vollentwickeltem Stupor fehlt jeglicher sprachliche Ausdruck (Mutismus).

Von besonderer Bedeutsamkeit ist das Verhalten der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur bei dem katatonischen Symptomenkomplex; hier finden sich eigenartige Verknüpfungen zwischen Hemmungs- und Erregungsentladungen auf motorischem Gebiete. Sie geben uns für die klinische Stellung und für die Prognose des einzelnen Krankheitsfalles wichtige Fingerzeige. Seltener ist während des ganzen Bestehens dieses Krankheitszustandes ein völliges Erschlaffen der gesamten Körpermuskulatur und fast ebenso selten eine sich gleichmäßig auf alle Muskelgebiete erstreckende katatonische Spannung vorhanden. Vielmehr finden wir in der Mehrzahl der Beobachtungen nur einzelne Muskelgebiete — Kiefer-, Nacken-, Halsmuskulatur stehen in erster Linie — in einem abnormen Spannungszustande, der zu einer charakteristischen, gezwungenen Kopfhaltung führt (Haltungsstereotypien). Die Augen sind entweder weit geöffnet, der Blick starr und ausdruckslos, oder die Lider sind fest geschlossen. Passiven Bewegungen wird ein starker Widerstand entgegengesetzt. Jeder Versuch, irgend eine Zwangshaltung zu beseitigen, verstärkt die Muskelspannung (Negativismus). Der Widerstand gegen alle von außen kommenden Bewegungsantriebe wird um so stärker, je länger solche Bemühungen fortgesetzt werden. So kneifen z. B. die Patienten bei dem Versuche, die geschlossenen Lider zu öffnen, sie nur um so fester zusammen, ebenso pressen sie die Kiefer um so kräftiger aufeinander, je mehr man sich bemüht, den Mund gewaltsam zu öffnen. Der Kopf wird nach rückwärts geschleudert und das Hinterhaupt in die Kissen gebohrt, sobald man versucht, die Nackenspannung durch Vorwärtsbeugung des Kopfes zu beseitigen usw. Gelingt es endlich, die Widerstände zu überwinden, so tritt die frühere Zwangshaltung nach kürzester Frist wieder ein. Schmerzhafte Hautreize, lautes Anschreien sind entweder völlig wirkungslos oder führen nur ganz abortive Abwehrbewegungen herbei.

Bei der wächsernen Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), welche eine häufige Begleiterscheinung hystero-kataleptischer Krankheitszustände ist, ist die Spannung der Körpermuskulatur bedeutend geringer als bei der katatonischen Spannung, und ist der Widerstand bei passiven Bewegungen kaum merklich. Das Wesentliche dieses bald allgemein verbreiteten, bald partiellen Spannungszustandes besteht darin, daß jede beliebige Stellung, welche einem kataleptischen Gliede durch passive Bewegungen gegeben wurde, kürzere oder längere Zeit, angeblich bis zu mehreren Stunden, für jeden Fall aber länger beibehalten wird, als dies im normalen Zustande wegen der Einwirkung der Ermüdungsempfindungen geschehen würde. Auf diesem Wege

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

können ganz ungewöhnliche oder unnatürliche Gliederstellungen erzeugt werden. Die Fähigkeit zur willkürlichen Innervation der Körpermuskulatur ist dabei aufgehoben. Aber auch im katatonischen Symptomenkomplex werden die Erscheinungen der Flexibilitas cerea nicht selten beobachtet; sie gewinnen hier gelegentlich ein eigenartiges Gepräge: die Patienten geben passiven Bewegungsversuchen der Glieder, des Rumpfes und des Kopfes willig nach; sie unterstützen sie sogar durch aktive Innervationen, wodurch die passiv eingeleitete Gliederstellung leichte Abänderungen erfährt. Auch diese neuen, künstlich herbeigeführten Zwangsstellungen werden längere Zeit festgehalten.

Eigentümliche motorische Reizerscheinungen, welche sich gleichsam zwischen die genannten katatonischen Spannungszustände hineinschieben, sind die Bewegungsstereotypien, d. h. monotone, zum Teil rhythmische Wiederholungen bestimmter Bewegungen einfacher und zusammengesetzter Art (rüssel- und schnauzenförmige Vorstülpungen der Lippenmuskulatur mit oder ohne fauchende und schmatzende Laute, pendelnde, drehende oder wippende Bewegungen des Kopfes und des Rumpfes, trommelartige Schlagbewegungen mit den Vorderarmen, Exerzierbewegungen usw.). Da von den Kranken selbst irgendeine klare Auskunft über die hier zugrunde liegenden psychischen Vorgänge fast niemals zu erhalten ist, so muß unentschieden bleiben, inwieweit diese motorischen Stereotypien psychomotorische oder cortikomotorische Reizerscheinungen im engeren Sinne sind, d. h. ob sie mit bestimmten Vorstellungsinhalten zusammenhängen. Für das früher (S. 21) erwähnte Symptom der Verbigeration, welches sich dem katatonischen Symptomenkomplex so häufig hinzugesellt, gilt die gleiche Erwägung; hier gewinnt man nur zu oft den Eindruck, daß die monotone und zugleich beschleunigte Wiederholung von Worten nur auf Erregungsvorgängen im motorischen Sprachzentrum beruht. Die Erregungsphase der Katatoniker kennzeichnet sich auf sprachlichem Gebiete gelegentlich auch durch die Produktion ganz unverständlicher, durch sinnlose Wort- und Silbengruppierungen ausgezeichneter Satzbildungen, in welchen Reime und Alliterationen vielfach verwandt werden („Sprachverwirrtheit", Kraepelin; „Wortsalat", Forel). Hauptsächlich bei den erworbenen geistigen Schwächeszuständen, aber auch bei dem sog. Delirium tremens begegnen wir Bewegungsstereotypien, welche in einer vom Vorstellungsinhalte ganz unbeeinflußten einförmigen Wiederholung, sog. Berufsbewegungen (z. B. Ziehen des Pechdrahtes beim Schuster, Nähbewegungen usw.) bestehen. Über die klinischen Varietäten der Bewegungsstereotypien vgl. die spezielle Psychiatrie.

In einem gewissen Gegensatz zum Negativismus steht die motorische Perseveration, d. i. die monotone Erneuerung und Wiederholung einer Bewegung, gleichviel ob diese Bewegung zuerst spontan oder auf Befehl erfolgt ist (z. B. zeigt der Patient immer wieder von neuem seine Zunge, auch wenn ganz andere Bewegungen von ihm verlangt werden, oder knöpft unaufhörlich seine Jacke auf und zu, nachdem er mühselig zum Ankleiden gebracht worden ist).

Diesem vorstehend geschilderten katatonischen Symptomenkomplex begegnen wir hauptsächlich bei jugendlichen Patienten, und ist er bei voller Ausbildung meist, aber nicht immer (vgl. das Beispiel auf S. 59) als ein prognostisch ungünstiges Krankheitsmerkmal aufzufassen (vgl. Hebephrenie und Katatonie der speziellen Psychiatrie). Einzelne Teile des katatonischen Symptomenkomplexes finden sich häufig den verschiedensten Psychosen beigemengt, ohne daß aus ihrem Auftreten ein bestimmter prognostischer Schluß zu ziehen ist. Insbesondere ist es nicht zulässig, allein aus der katatonischen Muskelspannung (z. B. bei der Melancholie) oder aus dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorübergehenden Auftreten von Mutismus oder Haltungsstereotypien zu folgern, daß der Kranke unausweichlich dem geistigen Verfall geweiht sei. Wir finden eine Beimengung vereinzelter katatonischer Krankheitserscheinungen zu psychischen Krankheitsbildern besonders oft bei denjenigen Geisteskrankheiten, die auf dem Boden der erblichen Prädisposition als einmalige, in ihrem Krankheitsverlauf abgeschlossene oder als periodische, resp. zyklische Formen vorkommen (z. B. degenerative Psychosen).

Streng zu trennen sind diese Bewegungsstereotypien des katatonischen Symptomenkomplexes von der sog. motorischen Inkohärenz, welcher wir bei der primären und sekundären Inkohärenz des Vorstellungsablaufes in besonders auffälliger Weise begegnen, wenn diese mit schweren Erregungserscheinungen einhergeht (agitierte Verwirrtheit). Den Handlungen der Kranken fehlt die normale Motivierung und der innere Zusammenhang. In den höheren Graden agitierter Verwirrtheit sind die Handlungen der Kranken geradezu widersinnig; anscheinend werden an regellos auftauchende, isolierte Erinnerungsbilder und Fragmente von Erinnerungsreihen Bewegungsäußerungen angeknüpft, welche in keiner Beziehung zu jenen stehen (Parapraxien). Auf sprachlichem Gebiete führt dies zu paraphasischen und paragraphischen Störungen. Auch die Koordination bei kombinierten Bewegungen ist schließlich hochgradig geschädigt (taumelnder Gang, choreiforme Bewegungen der Extremitäten). Das Bild wird noch verwirrender durch zahlreiche, ungeordnete, zusammenhanglose Ausdrucksbewegungen. Die agitierte Verwirrtheit, verbunden mit inkohärenter halluzinatorischer Erregung ist früherhin vielfach als Chorea magna bezeichnet worden. Eine geradezu verhängnisvolle Bedeutung besitzt die inkohärente Agitation (in höchsten Graden auch als Jaktation bezeichnet) in jenen Zustandsbildern, welche in erster Linie bei den Intoxikations-, resp. Infektionspsychosen vorkommen, und denen früherhin fälschlich als Delirium acutum eine gesonderte klinische Stellung eingeräumt worden ist. Diese meistens tödlich endigenden Krankheitszustände zeichnen sich aus durch hochgradigste motorische Erregung, allgemeine Dissoziation und Temperatursteigerungen bis zu 42° C.

Impulsive Handlungen werden diejenigen genannt, welche auf einer vorübergehenden psychomotorischen Überwertigkeit (Ziehen) beruhen, dem Kranken sich plötzlich und zwangsweise aufdrängen und zu einfachen und zusammengesetzten Bewegungsäußerungen Veranlassung sind. Sind sie durch unvermittelt auftauchende Affekterregungen (Zorn, Angst, exzessive Sexualgefühle) verursacht, so nennen wir sie impulsive Affekthandlungen (Triebhandlungen; Kraepelin). Verleihen plötzlich emportauchende Zwangsvorstellungen oder wahnhafte Einfälle bestimmten Bewegungsvorstellungen diese abnorme Energie, die zur unaufhaltsamen motorischen Entladung zwingt, so sprechen wir von impulsiven Zwangshandlungen und impulsiven Wahnhandlungen. Von den impulsiven Zwangshandlungen sind diejenigen Zwangshandlungen zu trennen, bei welchen Zwangsvorstellungen (meist Furchtvorstellungen) die Patienten unaufhörlich zur Ausführung bestimmter, in der Mehrzahl der Fälle sehr zusammengesetzter Handlungen drängen. So treibt z. B. die Zwangsvorstellung, an den Händen oder an den Kleidern hafte Schmutz oder, im modernen Gewande, Tuberkel- und andere Bazillen, zu beständigen Waschungen der Hände und Reinigungen der Kleider. Auf die entscheidende Bedeutung, welche imperative Halluzinationen für die Auslösung impulsiver Handlungen gewinnen können, haben wir früher schon hingewiesen. Wandertrieb („Fugues"; Porio-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manie) findet sich bei den verschiedensten psychopathologischen Vorgängen; meist sind es Angsteffekte in Dämmerzuständen (Epilepsie und Hysterie); aber auch ohne nachweisbare Bewußtseinsveränderungen tritt dieser affektive Wandertrieb nicht nur beim angeborenen Schwachsinn, sondern auch bei intellektuell sehr gut entwickelten Hereditariern in Erscheinung. Im letzteren Falle verbindet er sich gern mit einem krankhaften Drange nach alkoholischen Getränken (Dipsomanie). Bei anderen Kranken läßt sich der Nachweis führen, daß wahnhafte Einfälle das triebartige Fortlaufen und Herumreisen verursacht hatten.

Auf ähnlichen Grundlagen beruht der Stehltrieb (Kleptomanie) und der Brandstiftungstrieb (Pyromanie). Doch ist wohl zu beachten, daß aus der motivlosen, durch psychologische Erwägungen nicht genügend aufzuklärenden Handlung allein ein Schluß auf das Bestehen einer geistigen Störung nicht gezogen werden kann; es muß in jedem einzelnen Falle bewiesen werden, daß wirklich krankhafte impulsive Handlungen vorliegen, welche bestimmten, klinisch nachweisbaren Psychosen zugehören. Soweit die S. 29 erwähnte Koprolalie eine den degenerativen Formen der Hysterie oder dem ebenfalls auf erblich-degenerativer Basis entstandenen Krankheitsbilde der Maladie des tics zugehörige Krankheitserscheinung ist, bildet sie den Übergang zu den koordinierten Zwangsbewegungen (Grimassieren usw.). Sie verbindet sich vielfach mit dem Symptom der Echokinese oder Echopraxie, d. i. dem zwangsweisen Nachahmen gesehener Bewegungen, und der Echolalie, d. i. dem Nachsprechen gehörter Worte.

Von Nachahmungsautomatie spricht man in dem Falle, daß vorgemachte Bewegungen, z. B. Händeklatschen, in monotoner Weise längere Zeit hindurch wiederholt werden. Wir begegnen diesem Krankheitssymptome vornehmlich beim angeborenen oder im jugendlichen Alter erworbenen Schwachsinn, vereinzelt und vorübergehend bei Paralytikern, epileptischen und alkoholistischen Psychosen.

Über die auf dem Boden pathologischer Sexualgefühle entstehenden impulsiven Affekthandlungen vgl. S. 42.

Auf die mannigfachen Störungen des Handelns, welche durch die inhaltlichen Veränderungen der Denktätigkeit, sowie auf dem Boden der Urteilsschwäche entstehen, können wir an dieser Stelle nicht eingehen. Wir verweisen auf die einschlägigen Kapitel der speziellen Psychopathologie.

V. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Geistesstörungen.

Sie bestehen in Störungen der Ernährung und des Stoffwechsels, der Motilität und Sensibilität, soweit diese nicht direkt aus den psychischen Störungen abgeleitet werden können, in Störungen der oberflächlichen und tiefen Reflexe, einschließlich der Sehnenphänomene und der Pupillarreflexe, sowie in sekretorischen, angio-und trophoneurotischen Störungen.

Die allgemeinen Ernährungsstörungen sind in der Hauptsache als Nebenwirkungen der psychischen Erkrankung aufzufassen.

Ohne diese Störungen im einzelnen hier behandeln zu wollen, soll nur darauf hingewiesen werden, daß das Verhalten des Körpergewichts bei allen akuten Psychosen nicht bloß für die Bestimmung des Krankheitsstadiums, sondern auch für die viel wichtigere Frage der Prognose des Krankheitsfalles von maßgebender Bedeutung sein kann. In der Regel sinkt das Körpergewicht andauernd, bis die Höhe der Krankheit über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wunden ist; die ersten Zeichen der Besserung machen sich recht häufig durch eine Gewichtszunahme schon zu einer Zeit bemerkbar, zu welcher ein Nachlassen der psychischen Krankheitserscheinungen noch nicht deutlich hervortritt. In der Rekonvaleszenzperiode findet dann ein rapides Steigen des Körpergewichts statt. Steigt aber das Körpergewicht andauernd und in beträchtlichem Maße, ohne daß eine Besserung des geistigen Zustandes mit dieser Gewichtszunahme gleichen Schritt hält oder ihr wenigstens bald nachfolgt, so ist dies von alters her mit Recht als ein Zeichen übler Vorbedeutung betrachtet worden. Es vollzieht sich in diesem Falle der Ausgang der Krankheit in Schwachsinn.

Die übrigen vorstehend genannten körperlichen Begleiterscheinungen sind Komplikationen, welche auf diffusen und umschriebenen (Herd-) Erkrankungen des Gehirns (Meningitis, Tumor cerebri, Hirnabszeß, Hydrocephalus) beruhen oder durch spinale oder periphere Krankheitsprozesse verursacht sind. Bei der Dementia paralytica, bei der arteriosklerotischen Hirndegeneration, bei den syphilitischen Psychosen im engeren Sinne, sowie bei den toxischen Psychosen (Alkohol, Blei usw.) sind ebenfalls viele Reiz- und Ausfallserscheinungen auf motorischem, sensiblem, vasomotorischem und trophischem Gebiete auf Krankheitsprozesse zurückzuführen, welche mit der Gehirnerkrankung in keinem direkten Zusammenhang stehen. Wir erinnern hier nur an die Arthropathie des Tabikers, welcher im Verlaufe seines Spinalleidens psychisch erkrankt ist.

Ob die abnorme Knochenbrüchigkeit, welche bei der paralytischen und bei der senilen Demenz verhältnismäßig häufig vorkommt, in einem unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit der zerebralen Erkrankung steht, halten wir für zum mindesten zweifelhaft. Richtiger wird sie als eine Folgeerscheinung allgemeiner Ernährungsstörungen zu betrachten sein. Das gleiche gilt von den besonders bei Paralytikern so häufigen Othämatomen, die, wie v. GUDDEN unwiderleglich bewiesen hat, durchweg traumatischen Ursprungs sind.

Die somatischen Nebenwirkungen (z. B. Menstruationsstörungen, Veränderungen der Körpertemperatur, Herztätigkeit, Pulsbeschaffenheit usw.), welche den einzelnen klinischen Formen der Geistesstörungen eigentümlich sind, gelangen in der speziellen Psychiatrie zur Darstellung.

Allgemeine Ätiologie.

I. Individuelle Prädisposition. Endogene Ursachen.

Wenn auch ein erheblicher Teil der Ursachen geistiger Erkrankungen in der Einwirkung mehrerer inhaltlich und zeitlich oft weit auseinander liegender Schädlichkeiten zu suchen ist, die als äußere Ursachen nachher kurz besprochen werden sollen, so muß doch der wesentlichste Faktor in der individuellen Veranlagung gelegen sein.

Unter neuro-, resp. psychopathischer Prädisposition verstehen wir diejenige krankhafte Veranlagung, welche der eigentlichen Erkrankung voraufgeht, ihr gewissermaßen die Wege ebnet. Sie besteht darin, daß sie dem Individuum eine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen physiologische und pathologische Reize, gegen von außen kom-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mende oder im Organismus selbst entstandene Schädlichkeitem gibt. Wir unterscheiden:

A. die ererbte,
B. die intrauterin erworbene,
C. die während des extrauterinen Individuallebens erworbene Prädisposition.

Die ersten zwei umfassen die angeborene neuro-, resp. psychopathische Veranlagung. Als erbliche Belastung bezeichnet man den Umstand, daß Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie des Patienten überhaupt vorgekommen sind, während mit der Bezeichnung erbliche Behaftung zum Ausdruck gebracht werden soll, daß bei dem zur Untersuchung gelangten Kranken gewisse körperliche oder geistige Merkmale der stattgehabten Übertragung pathologischer Keimesvariationen vorhanden sind. Die Häufigkeit der erblichen Belastung bei Geisteskranken wird durch die Massenstatistik, diejenige der erblichen Behaftung nur durch die Individualstatistik festgestellt werden können.

Die Bedeutung der erblichen Belastung wird vielfach überschätzt. In Laien- und Ärztekreisen hört man nur zu häufig den irrigen, aber deshalb nicht minder verhängnisvollen Ausspruch, daß jeder, der aus erblich belasteter Familie stammt, im Banne der Geisteskrankheit stehe. Dazu ist folgendes zu bemerken:

Als ererbt im engeren Sinne können nur diejenigen pathologischen Änderungen des Keimplasmas bezeichnet werden, welche aus einer ursprünglich pathologischen Keimesanlage eines oder beider Eltern hervorgegangen sind. Neben den wahren ererbten Keimesänderungen stehen die Keimesschädigungen, welche in ihrer Wirkungsweise auf die Anlage der Frucht höchstwahrscheinlich mit jenen auf gleiche Linie zu stellen sind. Solche Schädigungen der elterlichen Keimessubstanz entstehen durch chronische Intoxikationen — wir nennen hier nur die chronische Alkoholvergiftung —, durch Infektionen (Syphilis, Tuberkulose usw.), durch konstitutionelle Erkrankungen (Blut- und Stoffwechselerkrankungen) und durch lokale Erkrankungen der keimbildenden Apparate. Inwieweit diese allgemeinen Voraussetzungen für eine „konstitutionelle", von den Eltern überkommene Veranlagung im Einzelfalle tatsächlich wirksam werden, mit anderen Worten, warum bei der amphigonen Zeugung in dem einen Falle pathologisch veränderte Keimbestandteile vom väterlichen oder mütterlichen Elter oder von beiden Eltern zugleich zum Aufbau der Frucht dienen, und warum im anderen Falle trotz gleicher individueller erblicher Belastung nur gesundes elterliches oder vorelterliches Keimplasma (vgl. die Lehre Weismanns vom Ahnenplasma) verwandt wird, wissen wir nicht. Es genügt, auf die empirisch aus einer größeren Zahl von Individualstammbäumen gewonnene Tatsache hinzuweisen, daß in Familien, die entweder nur väterlicher- oder mütterlicherseits erblich belastet sind, die größere Zahl der in mehreren Generationen gezählten Nachkommen geistig gesund geblieben ist. Dagegen ist in schwer belasteten Familien, vor allem bei konvergierender, gehäufter erblicher Belastung (vgl. unten) die Zahl der späterhin geistes- oder nervenkranken Individuen bedeutend größer; sie schwankt hier zwischen 50—70% (Strohmayer). Die an deutschen Irrenanstalten durchgeführte Massenstatistik hat uns gelehrt, daß durchschnittlich 60 bis 70% der Anstaltsinsassen eine erbliche Belastung aufweisen. Dabei sind aber in der Aszendenz und bei den Seitenverwandten nicht nur die ausgeprägten Geisteskrankheiten, sondern auch die Neurosen, sowie die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle von Alkoholismus, die auffälligen Charaktere und die verbrecherischen Individuen unter die Zahl der erblich Prädisponierten mit aufgenommen worden (polymorphe Vererbung). Dieser Massenstatistik ist trotz aller ihr anhaftender Mängel doch ein gewisser Wert beizumessen, da, wie die Anfänge einer auf gleichen Gesichtspunkten beruhenden Feststellung der Erblichkeitsverhältnisse bei Geistesgesunden lehren, die erbliche Belastung bei diesen eine geringere ist (Koller, Diem).

Das Verhältnis zwischen erblicher Belastung und erblicher Behaftung läßt sich kurz dahin definieren: Durch den Nachweis der erblichen Belastung ist im einzelnen Falle die Möglichkeit nahe gerückt, daß das Individuum eine ererbte krankhafte Veranlagung, d. i. eine Behaftung, hat. Ob wir zu dieser Annahme berechtigt sind, läßt sich nur durch genaueste Erforschung des individuellen geistigen und körperlichen Entwicklungsganges, durch den Nachweis der nachstehend geschilderten Entwicklungsstörungen entscheiden.

Man spricht von direkter, einseitiger Vererbung, wenn ein Elter, von kumulativer, konvergierender Vererbung, wenn beide Eltern geistes- oder nervenkrank gewesen sind. Von indirekter Vererbung wird gesprochen, wenn die Eltern gesund sind und keinerlei Zeichen erblicher Behaftung dargeboten haben, dagegen in der großelterlichen Generation psychische Krankheit vorhanden gewesen war (atavistische Vererbung). Eine andere klinische Varietät der indirekten Vererbung ist die kollaterale, welche auf einer Stammtafel sich nur in den Seitenlinien (Onkel, Tante, Vettern usw.) geltend macht. Selbstverständlich muß hier die pathologische Keimesabänderung schon in einer früheren Generation stattgefunden haben, aber ihr klinischer Nachweis ist nicht gelungen.

Man unterscheidet ferner eine einfache und eine degenerative erbliche Veranlagung. Die erstere beruht, wenn man so sagen darf, auf einer geringfügigeren pathologischen Abänderung des elterlichen Keimplasmas. Sie äußert sich einmal darin, daß weniger Nachkommen innerhalb mehrerer Generationen an Geistes- oder Nervenkrankheiten gelitten haben, sodann — was wir für viel wichtiger halten — darin, daß die psychischen Krankheitsformen einfachere und gutartigere sind. Die letztere, die degenerative erbliche Veranlagung, weist auf tiefergreifende Keimesabänderungen hin. Entweder beruht sie auf gehäufter konvergierender Vererbung, oder es liegt eine durch mehrere Generationen eines Elters hindurch bestehende pathologische Vererbung vor. Sie wird als progressive erbliche Entartung bezeichnet, wenn nicht nur der Nachweis zu erbringen ist, daß die klinischen Zeichen der erblichen Behaftung bei einer größeren Zahl der Nachkommen stärker und vielseitiger ausgeprägt sind, sondern auch, daß den voll entwickelten psychischen Krankheitsformen der Stempel einer degenerativen Psychose in der Eigenart der Symptomverknüpfung und in der Verlaufsrichtung der Krankheit aufgedrückt ist.

Auch für die psychiatrische Erblichkeitslehre hat die Wiederentdeckung der MENDEL'schen Lehren grundlegende Aufklärung geschaffen. Nach den bisherigen Erfahrungen dürfen wir annehmen, daß die Psychopathien, Psychosen und Psychoneurosen (als Ganzes betrachtet) im Sinne MENDEL'S rezessive Merkmale sind (RÜDIN, STROHMAYER u. a.). In Konkurrenz mit dem „Gesunden" tritt also das Psychopathische zurück. In einer Familie mit psychopathischem Erbgute werden demnach die DD-Individuen gesund sein und gesunde Nachkommen liefern, die RR-Individuen dagegen krank und die heterozygoten DR-Individuen manifest gesund, aber im Keime mit der Krankheitsanlage behaftet. Bei der Paarung zweier derartiger Individuen entsteht (theoretisch) immer ein RR-Individuum nach der Formel

$$DR \times DR = DD + 2DR + RR,$$

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welch letzteres krank ist. Auf diese Weise erklärt sich das Paradoxon, daß zwei scheinbar gesunde Eltern ein geisteskrankes Kind haben können. Auf Grund der MENDEL'schen Tatsachen verstehen wir auch, warum sich in einer Familie die psychopathische Krankheitsanlage durch mehrere Generationen hindurch latent erhalten und plötzlich überraschend wieder hervortreten kann. Sie bleibt latent, solange sich die Heterozygoten mit Homozygot-Dominanten paaren, kann aber sofort manifest werden, wenn sich zwei Heterozygoten vereinigen. Auch die fernere Tatsache, daß die Inzucht „Geisteskrankheiten entstehen lassen" soll, wird durch die MENDEL-Erkenntnisse richtiggestellt. Selbstverständlich schafft die Inzucht an sich das Psychopathische nicht, sondern die Psychopathie kommt in inzüchterischen Familienkreisen nur deshalb leichter und häufiger vor, weil hier die Möglichkeit, daß sich zwei mit demselben Krankheitsfaktor behaftete DR-Individuen vereinigen, viel größer ist, als bei Kreuzung fremden Blutes (STROHMAYER).

Nach unseren jetzigen biologischen Kenntnissen kann uns auch nicht mehr die oben angeführte klinisch-empirische Tatsache wundernehmen, daß selbst bei direkter erblicher Belastung durch eines der Eltern immer nur ein Teil der Kinder geisteskrank wird, während die übrigen gesund bleiben (trotz der erblichen Belastung) und auch bei weiterer vorsichtiger Reinhaltung des Stammes eine fortlaufend gesunde Deszendenz haben. Dies ergibt sich aus folgenden Kreuzungsformeln:

1. RR (krank) × DD (gesund) = 4DR (lauter manifest gesunde, aber latent kranke Individuen).
2. RR (krank) × DR (keimkrank) = 2DR + 2RR, d. h. die Hälfte der Nachkommen ist krank, die andere manifest gesund, aber keimkrank.

Die angeborene (ererbte und intrauterin erworbene) psychopathische Veranlagung gibt sich bei der späteren individuellen Entwicklung entweder als allgemeiner, konstitutioneller Schwächezustand oder als einseitige, nur das Nervensystem betreffende Entwicklungsstörung kund. Grobe morphologische Abweichungen, z. B. die partielle Anencephalie (Porencephalie, Balkenmangel), die diffuse tuberöse Gliomatose der Großhirnrinde u. a. m., finden sich nur bei den schwersten Entwicklungshemmungen. Feinere, durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen nachweisbare morphologische Veränderungen sind bei angeborenen psychischen Schwächezuständen sicherlich viel häufiger anzutreffen (z. B. mangelhafte Entwicklung einzelner Fasersysteme des Rückenmarks). Viel bedeutungsvoller sind die geistigen und körperlichen Degenerationszeichen, d. i. Bildungsfehler, welche auf eine schwere erbliche Behaftung hinweisen.

Es ist jedoch nicht sichergestellt, daß sie ausschließlich auf dem Boden der ererbten psychopathischen Veranlagung vorkommen. Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß auch während der intrauterinen Entwicklung stattgehabte Störungen sie veranlassen können. Außerdem beweist ein vereinzeltes Vorkommen somatischer Degenerationszeichen durchaus nichts für das Vorhandensein einer schweren erblichen psychopathischen Behaftung.

A. Psychische Degenerationszeichen.

Zuerst erwähnen wir die affektiven Störungen verschiedenster Art: a) auffällige Labilität der Gemütsstimmung mit exzessiven Zorn- und Wutausbrüchen und Angstaffekten oder, umgekehrt b) „eigensinniges" Verharren in bestimmten pathologischen Gefühlszuständen, unter welchen die Unlust-, Erregungs- und Hemmungsgefühle vorwalten. Weitgehende motorische und vasomotorische Erregungs- und Hemmungsentladungen (vorherrschende Tendenz zu schweren Ohnmachten, zu epileptiformen Insulten bei gemütlicher Erregung) sind häufige Folgeerscheinungen dieser affektiven Störungen. Besonders erwähnt sei noch gehäuftes Erbrechen bei geringfügigsten emotiven Anlässen. Am häufigsten sind trübe, unzufriedene, misanthropische Stimmungen der Ausgangspunkt dieser Affekterregungen. Dabei braucht die intellektuelle Entwicklung keinerlei Stö-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rungen aufzuweisen. Bei höhergradigen Entwicklungsstörungen tritt schon frühzeitig eine verkümmerte Ausbildung jener höheren intellektuellen Gefühlsreaktionen zutage, welche normaliter mit dem Erwerb der sittlichen, altruistischen Vorstellungskomplexe verbunden sind. Alle egoistischen Gefühlsregungen entfalten sich dagegen in ausgiebigstem Maße (vorzeitige Entwicklung geschlechtlicher, normaler und perverser Gefühle).

In einer zweiten Gruppe tritt die abnorme, disharmonische intellektuelle Entwicklung stärker hervor, z. B. exzessive Phantasiewucherung, einseitige geistige Begabung (auffälliges Sprachengedächtnis, mathematische Begabung, musikalisches Talent) bei rudimentärer Begriffs- und Urteilsbildung auf anderen geistigen Gebieten; verstärktes Auftauchen überwertiger Vorstellungen (zwangsartige Furchtvorstellungen). Weiterhin sind zu erwähnen Schlafstörungen (Pavor nocturnus, protrahierte Enuresis nocturna) und das Auftreten vereinzelter Sinnestäuschungen, besonders bei Affekterregungen. Schließlich erwähnen wir die Widerstandslosigkeit gegen toxische Schädlichkeiten (Alkohol).

B. Körperliche Degenerationszeichen.

Störungen der morphologischen Entwicklung finden sich besonders häufig als Schädelmißbildungen (Mikrocephalie, Turmschädel, Aztekenschädel, schwere Schädelskoliosen, Cranium progenaeum), Defekte der Knochenbildung, z. B. Wolfsrachen, sodann in der Bildung des äußeren Ohres (Morelsches Ohr: Fehlen der Differenzierung des Ohrläppchens von der Wangenhaut; Henkelohren, zahlreiche Spinae helicis usw.), in der Entwicklung der Zähne und Augen (asymmetrische Fleckung und verschiedenartige Färbung der rechten und linken Iris, angeborenes Kolobom, exzentrische Stellung der Pupille, Retinitis pigmentosa). Allgemeine Störungen der Skelettentwicklung (Zwerg- und Riesenwuchs), umschriebene Entwicklungsstörungen (angeborene Luxationen, Spaltung des Manubrium sterni, Spina bifida occulta, Polydaktylie, Syndaktylie). Störungen der Genitalentwicklung (Epispadie, Hypospadie, Kryptorchismus, Azoospermie, Uterus infantilis, U. bicornis, Verdoppelung des Genitalkanals, Atresia vaginae, verkümmerte Entwicklung der Ovarien). Von weiteren Störungen der ektodermalen Entwicklung führen wir den übermäßigen Haarwuchs an normaliter unbehaarten oder wenig behaarten Stellen (u. a. Verdoppelung des Haarwirbels) und die Polymastie an. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß Individuen mit angeborener konträrer (homosexueller) Veranlagung einen eigentümlichen weiblichen Habitus mit breitem, flachen Becken und starker Entwicklung der Mammae zeigen können.

Unter den funktionellen Entwicklungsstörungen beanspruchen die Asymmetrien der Facialisinnervation (vor allem der Nasolabialäste), die Störungen der Sprache (plumpe, schwerfällige, undeutliche, näselnde Sprache, Stammeln, Stottern), kongenitaler Strabismus und Nystagmus eine größere Bedeutung. Auch die erhöhte Tendenz auf verhältnismäßig geringfügige periphere Reize mit partiellen und generalisierten, tonischen und klonischen Krämpfen (u. a. infantiler Laryngospasmus, manche Formen der kindlichen Eklampsie) zu antworten („Spasmophilie") muß hierher gerechnet werden.

Die erbliche Veranlagung gewinnt nur dann einen entscheidenden Einfluß auf die Gestaltung der Psychosen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn sie eine in dem eben entwickelten Sinne degenerative ist. Die erbliche Degeneration schafft nicht eigene psychische Krankheitsformen, sondern sie verleiht den vorhandenen durch Abänderung des Entwicklungsganges, durch die Gruppierung der Symptome und durch den Verlauf ein besonderes Gepräge. Vorwaltend auf erblich-degenerativer Basis entstehen die periodischen und zirkulären Geistesstörungen, die originäre Paranoia, die paranoischen Zustände (vgl. S. 35), die mit den mannigfachsten Zwangsvorstellungen (Phobien) ausgestattete hereditäre Form der Neurasthenie, die „große" Hysterie, gewisse Formen des angeborenen Schwachsinns oder die in den Pubertätsjahren einsetzenden juvenilen Verblödungsprozesse (Hebephrenie mit Ausgang in Dementia praecox; Katatonie).

Hinsichtlich der Gruppierung der Symptome ist die Unreinheit und Unklarheit der Zustandsbilder am auffälligsten: Es mischen sich nur allzuoft die affektiven und intellektuellen Reiz- und Ausfallssymptome in buntester, wechselvollster Art, so daß während des ganzen Krankheitsverlaufs eine schärfere Sonderung der einzelnen Reihen der Krankheitserscheinungen in einheitliche, abgeschlossene Zustandsbilder nicht möglich ist (Mischzustände), oder es entstehen zusammengesetzte Krankheitsformen, d. h. solche, welche zu verschiedenen Zeiten des Krankheitsverlaufs bald diese, bald jene klinische Zustandsform in voller Ausprägung enthalten (Kombination von Hysterie und Neurasthenie, von Epilepsie und Hysterie, von Migräne und Epilepsie, von melancholischer Depression und primärer halluzinatorischer Verwirrtheit u. dgl.).

Die ausgeprägtesten Formen degenerativer konstitutioneller Psychosen zeichnen sich durch einen völlig gesetzlosen Krankheitsverlauf aus, indem plötzlich aus gar nicht erkennbaren oder aus geringfügigen Anlässen ganz episodisch teils eine klinisch wohl charakterisierte Psychose, teils eine ganz unklare Mischform (z. B. hysterischer Dämmerzustand mit katatonischem Symptomenkomplex) emporschießt, um nach kürzerem oder längerem Bestehen ebenso jäh wieder zu verschwinden. Erst die Stammes- und Entwicklungsgeschichte des Patienten, sowie die Kenntnis des weiteren Krankheitsverlaufs klärt uns dann über die ominöse Bedeutung dieser scheinbar rasch zur Heilung gelangten Krankheitsepisode auf. Ein Teil dieser Fälle endigt schon frühzeitig mit völligem geistigen Verfall, andere aber können sich, selbst nach monatelangem Bestehen schwerer psychischer Krankheitszustände in wenigen Wochen wieder völlig erholen und ihren früheren geistigen Besitzstand wieder erlangen.

Am häufigsten sind es stuporöse Zustände mit katatonischen Symptomen oder eigenartige, episodisch aufschießende aber oft monatelang andauernde Mischzustände von primärer inkohärenter Erregung, zahllosen wahnhaften Einfällen vom Charakter der Größen- und Persekutionsideen, massenhaften Halluzinationen und Illusionen und eruptiven Gewalthandlungen. Dieses Krankheitsbild kann dann plötzlich und überraschend schwinden, ohne daß irgendwelche geistige Schwäche zurückbleibt. In einem, hier in der Klinik beobachteten Falle dauerte diese Krankheitsphase annähernd 3 Jahre. Der Kranke war nach seiner Genesung mehrere Jahre vollständig normal und beruflich tätig. Im Beginne eines neuen Krankheitsanfanges beging er Selbstmord.

Ein Beispiel des stuporösen katatonischen Zustandsbildes auf degenerativer Basis stellt folgender Fall dar:

Wir haben einen jungen Kaufmann aus schwerst belasteter Familie und mit allen psychischen Merkmalen erblicher Behaftung, vor mehr als 20 Jahren in einem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zustand intensivster Denkhemmung mit katatonischen Zuständen, Mutismus, Negativismus, Haltungs- und Bewegungsstereotypien (völlige Unreinlichkeit, Kotessen usw.) beobachtet und begutachtet. Die Krankheit bestand damals schon über 9 Monate. Unser Urteil ging dahin, daß der Kranke schon in Schwachsinn verfallen, also unheilbar geisteskrank sei. 6 Wochen später erfolgte in wenigen Tagen völlige geistige Klärung: Schwinden der Denkhemmung, Lösung der motorischen Spannung, Wegfall aller krankhaften Bewegungsäußerungen. 3 Monate später befand er sich wieder in seiner früheren kaufmännischen Stellung in Alexandrien und hat sich im Laufe der nächsten Jahre durch Intelligenz und Tatkraft zu einer leitenden Stellung emporgearbeitet. Wir betonen, daß ein Rückfall in die psychische Krankheit nicht eingetreten ist. Dagegen traten in der Folgezeit mit verschiedener Intensität „neurasthenische" Beschwerden auf. Ein geistiger Verfall ist auch heute nicht vorhanden.

Nur in einer beschränkten Zahl von Fällen wird der Arzt in die Lage versetzt, nicht nur die einzelnen Krankheitsepisoden, die — um es zu wiederholen — selbst mehrere Jahre andauern können, sondern auch die spätere Krankheitsgeschichte derartiger Patienten zu überschauen. Am ehesten gelingt dies bei Patienten in reiferen Jahren, die in späteren Krankheitsanfällen in die gleiche Anstaltsbehandlung gelangen. Man wird hier oft feststellen können, daß die einzelnen Krankheitsschübe, zwischen denen oft eine Reihe von Jahren völlig geordneter Berufstätigkeit gelegen sein kann, ganz verschiedenartige Zustandsbilder aufweisen. Man ist dann in die Lage versetzt, alle diese Krankheitsschübe als Teilerscheinungen einer konstitutionellen Erkrankung zu erkennen und sie unter dem Begriffe der polymorphen Degenerationspsychose zusammenzufassen. Bleuler hat derartige Krankheitsfälle nach unserer Ansicht zu Unrecht seiner Schizophrenie zugeteilt.

Auf dem Boden der konstitutionellen degenerativen Veranlagung erwachsen aber auch in großer Zahl ganz unfertig entwickelte psychische Krankheitszustände, in denen oft nur einzelne krankhafte Züge, das Auftauchen von Triebvorstellungen und Triebhandlungen, unmotivierte Affektschwankungen, kurz dauernde Bewußtseinstrübungen mit triebartigen Handlungen (Poriomanie), eigenartige konvulsivische Anfälle mit Bewußtseinsstörung (vgl. Affektepilepsie), Dämmerzustände u. a. m. neben den Zeichen einer disharmonischen geistigen intellektuell-ethischen Entwicklung im Vordergrunde stehen. Daneben können solche Individuen eine mittlere oder sogar hohe intellektuelle Befähigung und Ausbildung haben, so daß eine ausgeprägte Geisteskrankheit nicht nachweisbar ist. Man verweist dann derartige Krankheitsfälle in das Gebiet der psychopathischen Grenzzustände. Da sie eine große forensische Bedeutung besitzen, so werden sie im Anhang der forensischen Psychiatrie (vgl. S. 000) noch einmal zu besprechen sein.

Bemerkenswert ist, daß manche psychische und psychoneurotische Erkrankungen eine auffallende Neigung zu gleichartiger Vererbung zeigen, namentlich die sog. affektiven Psychosen (Manie, Melancholie, zirkuläres Irresein), die Dementia praecox und die Epilepsie. Man kann geradezu von manisch-depressiven Familien sprechen. In solchen Fällen macht es den Eindruck, als ob es sich um einen dominanten Vererbungstypus handle. Bei genauerer Betrachtung stellt sich aber heraus, daß dies nur scheinbar der Fall ist und daß auch hier die Annahme der Rezessivität der psychischen Krankheitsmerkmale (vgl. oben) zu Recht besteht. Daß im Erbgange mancher Familie sich die sog. affektiven und intellektuellen (Paranoia) Psychosen fast ausschließen, ist übrigens eine alte klinische Erfahrung (Sioli, Vorster, Strohmayer u. a.).

Das Gesetz der ungleichartigen, „polymorphen" Vererbung tritt bei den erblich-degenerativen Psychosen in verstärktem Maße in Kraft. Ohne ein bestimmtes Schema für die oben erwähnte progressive

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

degenerative Vererbung aufstellen zu wollen, sei nur bemerkt, daß der Ausgangspunkt der ererbten Veranlagung recht häufig Trunksucht (Morel), Syphilis oder erworbene neuropathische Krankheitszustände sind, daß in der folgenden Generation die Psychoneurosen (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie, Chorea usw.) und die unkomplizierten, heilbaren Psychosen (Manie, Melancholie usw.) überwiegen, während in späteren Generationen die schweren „degenerativ-konstitutionellen" Psychosen (Paranoia chronica, Irresein aus Zwangsvorstellungen, die periodischen und zirkulären Psychosen, die degenerative „große" Hysterie, die epileptischen Geistesstörungen usw.) vorherrschen; Idiotie zum Teil mit schweren, schon makroskopisch nachweisbaren Hirnveränderungen beschließt die Reihe. Schwer degenerativ behaftete Zweige einer Familie finden ihren Abschluß dadurch, daß die vereinzelt übrig gebliebenen anscheinend gesunden Glieder dieses Zweiges infolge der erwähnten Entwicklungsstörungen in der Genitalsphäre entweder zeugungsunfähig werden oder keine lebensfähigen Früchte mehr hervorbringen.

Wir fügen der obigen Feststellung, daß in Familien mit einseitiger erblicher Belastung nur der kleinere Teil der Deszendenten späterhin geistig erkrankt, noch die weitere Einschränkung hinzu, daß auch durch den Nachweis erblicher Behaftung durchaus nicht gefolgert werden darf, das betreffende Individuum müsse über kurz oder lang geistig erkranken. Denn die Erfahrung lehrt, daß günstige Lebensbedingungen, rationelle Erziehung, kurz alle Umstände, welche eine vollkommene körperliche und geistige Ausreifung zu fördern imstande sind, einen Ausgleich krankhafter Anlagen, welche in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung noch durch einzelne krankhafte Züge hervorgetreten sind, herbeiführen können. Immerhin wird dieser günstigste Abschluß der individuellen Entwicklung nur einer geringeren Zahl bevorzugter Naturen zuteil. In der Mitte steht die bei weitem größere Zahl erblich veranlagter, resp. behafteter Individuen, welche zwar nicht ausgeprägt geistes- oder nervenkrank geworden sind, jedoch während ihrer ganzen Lebenszeit eine Reihe krankhafter Züge auf geistigem Gebiete aufweisen. Dieser unfertige psychopathische Zustand, den man auch ganz treffend als „Minderwertigkeit" bezeichnet hat, kann unter dem Einfluß interkurrenter Schädlichkeiten vorübergehend oder dauernd eine weitere Steigerung erfahren. Selbstverständlich ist er ganz besonders geeignet, die Grundlage ausgebildeter geistiger Krankheit zu werden.

II. Allgemeine prädisponierende Ursachen.

Die statistischen Erhebungen, welche über den Einfluß des Geschlechtes auf die Häufigkeit und auf die Art der psychischen Erkrankung Aufschluß geben sollen, haben zu keinem sicheren Ergebnis geführt. Soweit die in Irrenanstalten befindlichen Kranken in Frage kommen, ist die Zahl der Erkrankungen bei beiden Geschlechtern annähernd die gleiche. Dagegen läßt sich nachweisen, daß bestimmte Schädlichkeiten (vor allem Syphilis und Trunksucht) bei den Männern häufiger wirksam sind, während gemütliche Erschütterungen, Kummer, Sorge, sowie alle mit der Fortpflanzung zusammenhängenden Schädigungen (Gravidität, Gebärakt, Wochenbett und Laktation) bei der Frau als auslösende Ursachen im Vordergrund stehen. Bei 15—20% der weiblichen Psychosen findet man dieses „Irresein der Wöchnerinnen" (die Laktationsperiode mit eingeschlossen). Schon der Vorgang der Menstruation kann bei prädisponierten Individuen zu ausgesprochenen, geradezu periodisch wieder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kehrenden Geistesstörungen Veranlassung werden, sodann aber auch eine schon bestehende geistige Störung vorübergehend steigern. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß die exzessive geschlechtliche Betätigung, hauptsächlich aber die Masturbation, früherhin zu einer der häufigsten Ursachen des Irreseins gestempelt wurde. Es ist hier meistens Ursache und Folge verwechselt worden. Dabei soll nicht in Abrede gestellt werden, daß maßlose und lange fortgesetzte Masturbation bei psychopathisch prädisponierten Individuen sehr schädlich auf die nervösen, resp. psychischen Funktionen wirken kann.

Nuptiales Irresein wurden die im Anschluß an die ersten ehelichen Kohabitationen auftretenden akuten und subakuten Geistesstörungen genannt.

Viel wichtiger ist das Alter als prädisponierende Ursache.

Bei den Kinderpsychosen nehmen die geistigen Entwicklungshemmungen in ihren zahlreichen Abstufungen bis hinab zu den schwersten Formen der Idiotie den breitesten Raum ein. Sie beruhen zum Teil auf fötalen Erkrankungen des Gehirns, Schädel-, resp. Gehirntraumen während der Geburt, zum Teil auf Krankheitsprozessen des Gehirns, welche in den ersten Kinderjahren sich abgespielt haben. Ferner sind die Kinderinfektionskrankheiten, sowie gewisse vom Darm ausgehende Selbstvergiftungen als Quelle infantiler, morphologisch noch wenig durchforschter Rindenerkrankungen zu nennen.

Der mächtige Einfluß, welchen die Pubertätsentwicklung auf das körperliche und geistige Verhalten schon unter normalen Verhältnissen ausübt, wird bei erblich prädisponierten Individuen oder bei solchen, deren Widerstandskraft durch voraufgegangene Krankheiten (auch Traumen) gesunken ist, geradezu verhängnisvoll. Sie unterliegen dem Ansturm. Bald vollzieht sich gewissermaßen unter der Decke ein vorzeitiger und jäher Abschluß der weiteren Ausreifung; die Unfertigkeit und Unzulänglichkeit des geistigen Könnens, das Mißverhältnis zwischen den gesteigerten Anforderungen und der Leistungsfähigkeit wird nur allmählich offenkundig. Die Patienten klagen über allgemeine nervöse Beschwerden (allgemeine Müdigkeit, Kopfdruck, erschwerte geistige Tätigkeit, Schlaflosigkeit usw.) und werden anfänglich der großen Gruppe der jugendlichen Neurastheniker beigesellt, bis dann der spätere Verlauf den wahren Tatbestand, die geistige Schwäche, klarlegt. Bald macht sich der Beginn der krankhaften psychischen Veränderung durch stürmische Anzeichen kund, welche unter den verschiedenartigsten Zustandsbildern vereinigt sind und unter der Bezeichnung „Hebephrenie" zusammengefaßt werden. Sie zeigt gemeinsame Züge, welche in ihrer Gesamtheit pathologische Karikaturen des Backfischalters, resp. der Flegeljahre darstellen (hebephrene Modifikation; Ziehen). Nur zu häufig sind diese Pubertätspsychosen die Anfänge jener symptomatologisch so vielgestaltigen und hinsichtlich des zeitlichen Verlaufes so verschiedenartigen Krankheitsformen, welche die juvenilen Verblödungsprozesse umfassen. Wir verweisen auf die Kapitel der Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides der speziellen Psychiatrie. Dabei möchten wir aber nicht den Glauben erwecken, daß alle Pubertätspsychosen, selbst wenn sie die hebephrene Modifikation aufweisen, den geistigen Verfall einleiten. Sie können ganz ähnlich, wie wir dies auch bei den erblichbehafteten Kindern sehen, nur vorübergehende Krankheitszustände sein, bei welchen schon früher vorhandene, unfertig entwickelte, nur vereinzelt und abortiv auftauchende psychopathische Krankheitszeichen zu mehr oder weniger abgeschlossenen Verbänden zusammengetreten sind. Sie schwinden wieder, ohne daß ein Intelligenzdefekt zurückgeblieben ist. Manche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser Krankheitsfälle erleiden in ihrem späteren Leben Schübe geistiger Erkrankungen, von denen sie sich aber jedesmal wieder erholen, ohne daß ein Intelligenzdefekt nachweisbar ist. Es ist unverkennbar, daß dieser Kategorie von Patienten sehr häufig auch in gesunden Tagen, gewisse, bizarre Züge (krankhaftes Mißtrauen, krankhafter Eigendünkel, impulsives Affektleben) anhaften, das Entscheidende aber, der intellektuelle Verfall, bleibt aus. Auch haftet ihnen, wie allen erblich degenerativen Psychosen, die ominöse Tendenz zur Entwicklung periodischer und zyklischer Geistesstörungen an. Außer der „endogenen", durch die Prädisposition gegebenen Ursache werden in dieser Altersperiode auch andere „exogene" Schädlichkeiten, unter denen wir hier nur Alkoholmißbrauch, sexuelle Ausschweifungen und luetische Infektion nennen, ganz besonders verderblich wirken.

Von größter Bedeutung für die Entwicklung infantiler Psychosen ist die hereditäre Syphilis, die wir schon oben bei den Keimesschädigungen (vgl. S. 55) berührt haben. Sie verursacht nicht nur schwere geistige Entwicklungshemmungen (Idiotie, Imbezillität) mit und ohne Epilepsie, sondern sie schafft auch rein funktionelle psychische Krankheitsbilder mit all jenen Zeichen disharmonischer geistiger Entwicklung, die wir vorstehend als Merkmale der erblichen Degeneration skizziert haben. Am häufigsten haben wir in dieser Gruppe als affektiv leicht erregbaren mit Angstzuständen und Taedium vitae behafteten Kinder gesehen.

Es ist deshalb nicht angängig, eine Pubertätspsychose, selbst wenn sie die hebephrenen Züge darbietet, als Dementia praecox zu bezeichnen; denn mit diesem Ausdrucke ist schon ein bestimmtes Urteil über den Verlauf der juvenilen Psychose ausgesprochen. Die Tatsache, daß ein recht erheblicher Teil zu dieser Zeit der Geschlechtsreifung oder bald nach ihrem Abschluß einsetzenden psychischen Erkrankungen mit geistigem Defekte endigt, berechtigt durchaus nicht zu der Schlußfolgerung, daß der verhängnisvolle Ausgang eintreten muß. Wie wir schon wiederholt hervorgehoben haben, finden sich bei ausgesprochenen Hereditariern gerade in dieser Lebensperiode akut und subakut verlaufende Psychosen, die trotz schwerster Krankheitserscheinungen eine auffallend günstige Verlaufsrichtung haben. Und deshalb ist es ungerechtfertigt, einfach aus der Tatsache der juvenilen Erkrankung die Folgerung auf einen vorzeitigen geistigen Verfall zu ziehen. Die Bezeichnung „Dementia praecox" darf also nur für jene Fälle juveniler Erkrankungen verwendet werden, in welchen der geistige Verfall klinisch schon nachgewiesen werden kann.

Die Morbidität steigt noch jenseits des Pubertätsalters und erreicht ihre Höhe zwischen dem 35. und 40. Lebensjahre. Eine große Rolle spielen beim weiblichen Geschlechte die Geistesstörungen, welche durch die geschlechtlichen Vorgänge, insbesondere durch Gravidität, Geburtsakt und Laktation ausgelöst werden. Sie werden unter der Bezeichnung der Graviditäts- und Puerperal-Psychosen zusammengefaßt; sie finden wegen ihrer praktischen Bedeutung eine genaue klinische Darstellung in der speziellen Psychiatrie. Neue Gefahren bringt die Involutionsperiode; wir erwähnen die Psychosen des Klimakteriums (klimakterische Melancholie), die präsenilen arteriosklerotischen Hirnerkrankungen und die später (durchschnittlich nach dem 70. Lebensjahre) einsetzenden Psychosen des Greisenalters.

Beruf und soziale Stellung sind infolge der aus ihnen entspringenden Schädlichkeiten von Bedeutung. So treffen wir z. B. die intensivsten Erschöpfungszustände (Erschöpfungsstupor, Erschöpfungsamentia) in der Pubertätszeit bei schwächlichen Steinhauer- und Schmiedelehrlingen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche den schwersten körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sind, bei Kellnerjungen, denen berufsmäßig nur wenige Stunden Schlaf gegönnt sind, und die sich schon frühzeitig durch Alkohol vergiften, und endlich bei eben aus der Schule entlassenen Dienstmädchen, welche bei Gewerbetreibenden (u. a. bei Bäckermeistern) von morgens um 4 Uhr bis nachts um 11 Uhr in und außer dem Hause tätig sein müssen. Bekannt ist die Häufigkeit der Dementia paralytica bei Handlungsreisenden und Militärpersonen. Sodann erwähnen wir den Einfluß der Gefangenschaft, welche besonders bei Einzelhaft zu halluzinatorischer Verwirrtheit führen kann. Die große Zahl von Geistesstörungen bei Gefangenen erklärt sich aber auch dadurch, daß besonders unter den jugendlichen Verbrechern angeborener und frühzeitig erworbener Schwachsinn die Grundbedingung der verbrecherischen Lebensführung ist. Endlich sei noch der praktisch bedeutsamen Militärpsychosen gedacht, bei denen die verschiedensten Momente (Heimweh, fortgesetzte Mißhandlungen, Furcht vor Strafe, körperliche Überanstrengung, Alkoholabusus, Lues usw.) zusammenwirken. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei den psychisch erkrankten Rekruten um geistig minderwertige, oft geradezu schwachsinnige Individuen. Auch sind in dieser Gruppe vielfach Epileptiker und Hysteriker enthalten (triebartige Entweichungen).

III. Äußere (exogene) Ursachen.

Hierher gehören die Schädlichkeiten, welche, von außen kommend, den gesamten Organismus oder das Zentralnervensystem treffen, ferner diejenigen äußeren Vorgänge, welche vermöge ihrer psychischen Einwirkungen („psychische Ursachen") die geistige Störung bedingen, und endlich die Wirkungen von Giften, welche unter krankhaften Bedingungen im eigenen Organismus gebildet werden und einen deletären Einfluß auf die zentrale Nervensubstanz ausüben (Autointoxikationen).

A. Vergiftungen.

Unter den chemischen Giften steht der Alkohol (einschließlich des Absinths) obenan. Die Statistik der Irrenanstalten lehrt, daß zwischen 30 und 40% der Anstalstinsassen unter dem Einfluß der chronischen Alkoholvergiftung geistig erkrankt sind. Sie wirkt einmal mittelbar durch Erzeugung von Organerkrankungen (Leber, Herz, Blutgefäße) und allgemeinen Stoffwechselstörungen auf die Ernährung der zentralen Nervensubstanz schädigend ein, sodann aber auch unmittelbar durch Erzeugung atrophisch-degenerativer Prozesse im Zentralnervensystem und in den peripheren Nerven (z. B. Polyneuritis alcoholica, Erkrankungen der Vorderhornzellen des Rückenmarks, degenerative Prozesse im Hemisphärenmark usw.). Der Wirkung des Alkohols sind verwandt die Vergiftungen mit Äther, Chloroform, Chloral und Paraldehyd, ferner diejenigen mit den pflanzlichen Giften: Opium Haschisch, Tabak usw., und mit den Alkaloiden: Morphium, Kokain, Atropin, Ergotin usw. Erwähnt sei hier noch die Pellagra, welche durch bislang noch unbekannte Gifte beim Genuß von verdorbenem Mais erzeugt wird und die schwersten chronischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit Ausgang in Demenz verursacht.

Unter den metallischen Giften beanspruchen das Blei und das Quecksilber das größte Interesse. Sie bewirken chronische Krankheitszustände, welche denjenigen der Alkoholvergiftung am nächsten kommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eigentümliche akute Verwirrtheitszustände mit heftigster motorischer Agitation haben wir bei Vergiftungen mit Metalldämpfen gesehen (Messingfieber).

Genauer bekannt geworden sind in den letzten Dezennien die akuten und chronischen Kohlenoxyd- und Leuchtgasvergiftungen (erstere am häufigsten bei Plätterinnen, Maschinenheizern usw.), welche zu eigenartigen Krankheitszuständen führen, unter denen der Verlust der Merkfähigkeit und der partielle Ausfall ganzer Erinnerungsketten, ähnlich wie bei der Korsakoffschen Krankheit, hervorzuheben ist. Die akut verlaufenden psychischen Störungen nach Wiederbelebung Erhängter werden vielfach auf die Kohlensäureintoxikation zurückgeführt. Doch ist hier sicherlich die Hirnanämie zum mindesten ebenso bedeutungsvoll.

Auch die Schwefelkohlenstoffvergiftungen (Gummiarbeiter) führen zu schweren, zum Teil unheilbaren, nervösen und psychischen Krankheitszuständen.

Seltener sind psychische Störungen bei längerer Anwendung von Jodoform und Karbol.

Die Vergiftungen mit Ptomaïnen (Fleisch-, Wurst-, Käse-, Bohnengift) führen außer zu den bekannten Intestinalstörungen, falls sie nicht rasch tödlich verlaufen, zu den schwersten psychischen und nervösen Störungen.

B. Trauma.

Wir lassen hier die durch äußere Gewalt bewirkten, schon makroskopisch erkennbaren Veränderungen der zentralen Nervensubstanz außer Betracht, da die überwiegende Mehrzahl der „traumatischen Psychosen" nur auf Erschütterungen (Commotio cerebri, „akute Hirnpressung"; — Kocher —) zurückgeführt werden kann. Ohne hier auf die klinischen Varietäten dieser Psychosen einzugehen, bemerken wir, daß ihnen außer den noch ganz hypothetischen „Molekularschädigungen" gar nicht selten mikroskopisch nachweisbare miliare Erweichungsherde (zum Teil an kapillare Blutungen anschließend) zugrunde liegen. So sahen wir einmal das Gehirn eines im Zustande tiefster Demenz zugrunde gegangenen Sportsmannes von einer Unzahl derartiger miliarer Herde durchsetzt. Freilich war in diesem Falle der Verdacht nicht unbegründet, daß früher einmal eine syphilitische Durchseuchung stattgefunden hatte. Mesarteriitische und endarteriitische Krankheitsprozesse fehlten gänzlich.

Im Anschluß hieran erwähnen wir die Neurosen und Psychosen infolge elektrischer Entladungen, sowie diejenigen nach „kalorischen Schädlichkeiten" (bei Feuerarbeitern; Hitzschlag besonders bei Militärpersonen; Insolation bei Aufenthalt in tropischen Gegenden).

C. Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Bei den akuten Infektionskrankheiten, unter denen Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza, Erysipelas, Infektionen durch Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli u. a., Lyssa, Variola und Pneumonie hervorzuheben sind, wirken die verschiedensten Momente zusammen, um vorübergehende oder länger dauernde Geisteskrankheit zu erzeugen. Früherhin hat man das Hauptgewicht auf den Fieberprozeß (die Hyperthermie mit ihren Folgeerscheinungen) gelegt. In der Tat genügen bei jugendlichen erblich behafteten Individuen schon verhältnismäßig geringe Temperatursteigerungen, um halluzinatorische Dämmerzustände mit motorischer Agitation (Fieberdelirien) hervorzurufen. Die neueren Forschungen machen es aber wahrscheinlicher, daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in den meisten Fällen weniger die Temperatursteigerung als die Einwirkung von Bakteriengiften auf die zentrale Nervensubstanz die geistige Störung verschuldet. Dafür spricht der Umstand, daß diese schon vor Einsetzen des Fiebers sich einstellen kann („Inkubationsdelirien"). Noch häufiger und in ihren klinischen Erscheinungsformen vielgestaltiger sind die psychischen Krankheiten, welche nach Abfall des Fiebers auftreten. Soweit pathologische Stoffwechselprodukte der organisierten Infektionsträger die Ursache sind, spricht man von postinfektiösen Psychosen, soweit der durch den fieberhaften Krankheitsprozeß bedingte Kräfteverfall an Bedeutung überwiegt, von Kollaps- oder Inanitionsdelirien. Sowohl die infektiösen, als auch die postinfektiösen Psychosen bieten häufiger einen stürmischen tödlichen Verlauf dar (Delirium acutum, vgl. S. 52). Der ungünstige Ausgang in sekundäre Demenz gehört bei schweren und protrahierten Erkrankungen dieser Art (stuporöse Zustände, agitierte halluzinatorische Verwirrtheit) nicht zu den Seltenheiten.

Unter den chronischen Infektionskrankheiten steht die Syphilis an erster Stelle. Auf ihre keimschädigenden Eigenschaften haben wir schon mehrfach hingewiesen. Hier kommen nur die ätiologischen Momente in Betracht, welche sich auf die psychische Erkrankung des syphilitisch infizierten Individuums selbst beziehen. Sie hängen, wenn wir die allgemeinen, durch die Syphilis bedingten Ernährungsstörungen außer Betracht lassen, im wesentlichen davon ab, ob das Zentralnervensystem (funktionstragendes Gewebe, Neuroglia und gefäßtragende Stützsubstanz) durch den Infektionsträger oder durch Syphilistoxine geschädigt worden ist. Ohne auf die anatomischen Einzelheiten der syphilitischen Gehirnerkrankungen hier näher einzugehen, lassen sich von klinisch-ätiologischen Gesichtspunkten aus 3 Formen unterscheiden:

1. Syphilitische Herderkrankungen (zirkumskripte Syphilome in Meningen und Hirnsubstanz, Endarteriitis, resp. Mesarteriitis syphilitica an einzelnen Hirngefäßen, konsekutive umschriebene Hämorrhagien und Erweichungen). Sie bedingen die gleichen Störungen auf psychischem Gebiete wie andere Arten von Herderkrankungen.

2. Die meningitischen (gummösen) Prozesse (die diffuse Meningitis und Meningoencephalitis der Konvexität, die Meningitis cerebrospinalis), welche bei akutem Einsetzen und subakutem Verlauf zu schweren psychischen Störungen führen und nach Ablauf dieser Krankheitserscheinungen (Inkohärenz, halluzinatorische Erregung, motorische Agitation) recht häufig eigenartige geistige Defekte (postsyphilitische Demenz s. str.) zurücklassen.

3. Die para- und metasyphilitische Hirnerkrankung, die in der allgemeinen progressiven Paralyse ihren klinischen Ausdruck findet. Bei dieser Krankheitsform handelt es sich höchstwahrscheinlich nicht um primäre Gewebsproliferationen im Sinne der infektiösen Granulationsgeschwülste, sondern um chemische Schädigungen der Nervensubstanz, des Gliagewebes und der Blutgefäße durch Syphilistoxine. Die entzündlichen Prozesse sind sekundärer Natur. Doch kommen auch Kombinationen spezifischer und metasyphilitischer Hirnerkrankungen gar nicht selten vor.

Erwähnt seien noch die Fälle von angeborenem Schwachsinn, welche durch hereditäre Syphilis verursacht sind. Sie verbinden sich vielfach mit anderweitigen, klinischen Zeichen syphilitischer Gehirnerkrankungen (Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfe, vgl. S. 61).

Die Tuberkulose führt, wenn wir von den psychischen Krankheitssymptomen der akuten Miliartuberkulose oder der Meningitis tuberculosa

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Kinder absehen, im wesentlichen nur durch den Kräfteverfall zu Zuständen, die der Erschöpfungsamentia zuzurechnen sind.

Die Malaria verläuft, wenn auch seltener, mit Anfällen schwerster agitierter Verwirrtheit, welche die Fieberattacken begleiten und einen periodischen Typus gewinnen können. Es sind auch solche motorische Erregungszustände mit Inkohärenz und Halluzinationen ohne die typischen Fieberanfälle beschrieben worden (psychische Äquivalente des Malariaanfalles). Verhältnismäßig häufiger entwickeln sich (auf Grund der Malariakachexie) Melancholie, primärer Stupor und Amentia.

Die Karzinose führt infolge des fortschreitenden Kräfteverfalls zu kachektischen Delirien, die wir ebenfalls der Amentia zurechnen, oder zu ausgeprägten Melancholien mit heftigsten ängstlichen Erregungen. Außerdem werden durch multiple karzinomatöse Herde im Gehirn oder durch diffuse Infiltrate in den Meningen schwere psychische Krankheitszustände (allgemeine Denkhemmung mit totalem Verlust der Merkfähigkeit, interkurrente Erregungszustände usw.) hervorgerufen.

D. Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems.

Ausgebildete psychische Störungen bei der Gicht auf dem Boden der „harnsauren Diathese" kommen, wenigstens nach den Erfahrungen der deutschen Psychiater, nur selten vor. In der ausländischen Literatur spielt die schon von den älteren Ärzten angenommene „Kopfgicht" eine größere Rolle. So sollen verhältnismäßig oft periodische gemütliche Depressionszustände durch Retention von Harnsäure im Blute verursacht sein (Lange). Auch agitierte Verwirrtheitszustände aus gleichem Grunde sind beschrieben worden. Es handelt sich also hier in gleicher Weise wie bei schwerem Diabetes um psychische Krankheitszustände durch Selbstvergiftung, welche häufiger den Charakter ausgleichbarer (z. B. Melancholie), viel seltener unausgleichbarer (Dementia) Schädigungen des funktionstragenden Gewebes besitzen.

Die im Verlaufe der akuten und chronischen Nephritis auftretenden Geistesstörungen sind entweder direkt toxämische Psychosen (Urämie), oder sie entstehen auf dem Boden einer allgemeinen arteriosklerotischen Erkrankung. Im ersteren Falle handelt es sich um toxische Dämmerzustände, im letzteren finden wir Krankheitsbilder mit schweren Stimmungsanomalien meist depressiven Charakters, welche nur allzuoft Vorläufererscheinungen der arteriosklerotischen Hirndegeneration sind.

Die Stoffwechselstörung, welche der Rhachitis zugrunde liegt, kann zu angeborenem Schwachsinn führen, und zwar sind die auf ihr beruhenden gröberen Entwicklungsstörungen des Gehirns und der Schädelkapsel (u. a. der rhachitische Hydrocephalus) die wesentlichste Ursache; weniger bedeutungsvoll erscheint eine in ihren Einzelheiten noch wenig erforschte, nur mikroskopisch erkennbare Erkrankung der Hirnrinde.

Die Osteomalacie verursacht nach Mitteilungen von Wagner ebenfalls akut und subakut verlaufende psychische Störungen.

Viel klarer liegen auf Grund der neueren Forschungen die ätiologischen Beziehungen zwischen den Schilddrüsenkrankheiten und den Geistesstörungen. Der Kretinismus und das Myxödem werden heute unbestritten auf kongenitale Verkümmerungen oder erworbene Erkrankungen der Schilddrüse zurückgeführt. Während bei diesen Erkrankungen der Ausfall der Schilddrüsentätigkeit (Anhäufung von Toxinen, für welche die Schilddrüse normaliter die Antitoxine liefert) die Grundlage der geistigen Entwicklungsstörung oder des geistigen Verfalls (vgl. auch die Cachexia

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strumipriva) ist, werden umgekehrt für die psychischen und nervösen Störungen, welche im Verlauf des Morbus Basedowii sich gar nicht selten einstellen, direkte Vergiftungen des Gehirns, resp. der Nervensubstanz durch das im Übermaße gebildete Schilddrüsensekret verantwortlich gemacht. Teils sind es akute affektive oder amentiaartige Störungen mit Inkohärenz, flüchtiger Wahnbildung, teils sind es schwerere, remittierend verlaufende Psychosen mit depressiver Wahnbildung oder halluzinatorischen Erregungszuständen, welche bei jugendlichen Patienten nach kürzerer oder längerer Zeit zur Verblödung führen.

Noch wenig aufgeklärt sind die psychischen Störungen bei der Addisonschen Krankheit (stuporöse Zustände, agitierte Verwirrtheit, sekundäre Demenz).

Außer den vorstehend genannten Störungen der Schilddrüsen- und Nebennierenfunktion stehen auch die Krankheitsvorgänge in anderen endocrinen Drüsen (Thymus, Hypophysis, Geschlechtsdrüsen) in einem bislang noch nicht genügend aufgeklärten Zusammenhange mit psychischen Krankheitsvorgängen. Dies wird erschlossen durch die neueren umfassenden Untersuchungen der Abbauvorgänge endocriner Drüsen im Verlaufe der verschiedendsten sog. funktionellen oder organischen Psychosen mittels des ABDERHALDEN-Verfahrens (vgl. S. 71). Ein endgültiges Urteil über die pathogenetische Bedeutung dieser Abbauvorgänge steht noch aus. Insbesondere ist die Frage noch ungelöst, wie weit wir berechtigt sind, die Störungen der endocrinen Drüsentätigkeit als Ursache bestimmter psychischer Krankheitsvorgänge aufzufassen.

In das Gebiet der Selbstvergiftungen gehören auch die Psychosen im Verlaufe von Erkrankungen des Intestinaltraktus. Die hier in Betracht kommenden Krankheitsfälle gehören nach v. WAGNER zum größten Teil in das Gebiet der Amentia ,meist mit Aufregungszuständen, zuweilen auch in depressiver Form. Wir selbst haben einen solchen Fall (17jähriger Patient) mit schwerem stuporösem Zustand und vollständiger motorischer Hemmung (ohne katatonische Symptome) beobachtet. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes war der geistigen Erkrankung, die in Demenz ausging, ein mehrwöchentlicher, mit schwerer Koprostase einhergehender Intestinalkatarrh voraufgegangen. Die Schwierigkeiten der Beurteilung solcher Krankheitsfälle liegen darin, daß niemals mit Sicherheit entschieden werden kann, ob diese initialen intestinalen Störungen nicht schon Teilerscheinungen der aus anderen Ursachen entspringenden psychischen Erkrankung sind. Vornehmlich bei französischen Autoren spielen in der Ätiologie akuter, subakuter und periodisch verlaufender Psychosen Erkrankungen der Leber eine bedeutsame Rolle. Auch wir haben Fälle periodischer Verwirrtheitszustände bei jugendlichen Individuen gesehen, welche regelmäßig mit leichtem Ikterus und deutlicher Leberschwellung verbunden waren (Vergiftungen mit Carbaminsäure?). In einem dieser Fälle war hereditäre Syphilis sehr wahrscheinlich.

In gewisesm Sinne ist auch die geistige und körperliche Erschöpfung (Erschöpfungsneurosen und -psychosen) als eine Selbstvergiftung zu betrachten, indem eine Anhäufung pathologischer, durch den übermäßigen Kräfte- und Stoffumsatz bewirkter Zerfallsprodukte entweder lokal in den funktionell überanstrengten Nervenzentren selbst oder in der Blutbahn stattfindet. Im ersteren Falle ist der gestörte Chemismus in der zentralen Nervensubstanz die direkte Ursache der Krankheitsvorgänge; im letzteren Falle sind es im Blute kreisende „Erschöpfungstoxine", welche in den verschiedensten Teilen des Organismus ihren Ursprung haben können (z. B. bei übermäßiger körperlicher Arbeit in den Muskeln). Unterschieden werden die akuten Erschöpfungen (vgl.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kollapsdelirien) und die chronischen Erschöpfungen (Neurasthenie, Erschöpfungsstupor usw.) Eine scharfe Grenze zwischen beiden läßt sich, wie die Erschöpfungsamentia lehrt, nicht ziehen.

Unter den Erkrankungen des Blutes ist zuerst die Chlorose zu nennen, welche in nahen Beziehungen zu den Erschöpfungspsychosen und zur Hysterie steht, sodann die perniziöse Anämie, in deren Verlaufe halluzinatorische Verwirrtheitszustände auftreten können. Auch schwere Blutverluste führen zu akuten und subakuten dämmerhaften Zuständen mit heftiger halluzinatorischer Erregung.

Die organischen Herzerkrankungen veranlassen auf den verschiedensten Wegen Störungen in der psychischen Sphäre, einmal in unmittelbarem Zusammenhang mit stenokardischen Anfällen schwere Präkordialangst, aber auch außerhalb der Anfälle pathologisch gesteigerte affektive Erregbarkeit, sodann mittelbar durch Erzeugung von Hirnerkrankungen (Hirnembolie) postapoplektische Demenz. Drittens sind die eigenartigen „mussitierenden" Delirien bei dem durch Herzschwäche verursachten Hirnödem zu erwähnen. Die Arteriosklerose ist in den mittleren Jahrzehnten (bei Alkoholismus, Gicht, Syphilis usw.), vor allem aber jenseits des 50. Lebensjahres als erstes Zeichen der präsenilen Involution eine sehr häufige Ursache allgemeiner Ernährungsstörungen des Gehirns, welche anfänglich neurasthenisch- hypochondrische Krankheitszustände und späterhin die Symptome der sog. arteriosklerotischen Hirndegeneration hervorrufen.

Den Genitalerkrankungen des Weibes ist besonders von den älteren Ärzten eine übergroße ätiologische Bedeutung zugemessen worden („Reflexpsychosen"). Sie sind nur selten und dann auch nur auf dem Umwege der durch das gynäkologische Leiden verursachten allgemeinen Ernährungsstörung prädisponierende Ursachen. Häufiger sind die Gelegenheitsursachen (unterstützt durch langwierige gynäkologische Behandlungen) zum Ausbruch einer Geistesstörung bei erblich behafteten Individuen. Die Überschätzung der Genitalleiden rührt daher, daß die pathologischen Genitalempfindungen und die wahnhaften Vorstellungsbildungen auf sexuellem Gebiete von den Patienten selbst in den Vordergrund geschoben werden.

Auf die vielfachen und zum großen Teil sehr engen Beziehungen zwischen den Geistes- und Nervenkrankheiten können wir hier nur hinweisen. Sie sind entweder koordinierte, durch die gleichen Schädlichkeiten entstandene (z. B. Tabes und Paralyse, toxische Polyneuritis und Korsakoffsche Verwirrtheit u. a. m.) Krankheitsvorgänge, oder die Psychosen sind, wie bei den embolischen und thrombotischen Herden, den Hirntumoren, der multiplen Sklerose usw., die Folgen der organischen Erkrankung. Bei den großen diffusen Neurosen (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie) sind diese Zusammenhänge am innigsten. Sie erklären sich aus der nahen Verwandtschaft dieser so häufig auf dem Boden der neuro-, resp. psychopathischen Veranlagung entstandenen „Nervenleiden" mit den Geisteskrankheiten im engeren Sinne. Es braucht hier nur darauf hingewiesen zu werden, daß die psychische Komponente in den Krankheitsbildern der Neurasthenie und in erhöhtem Maße in denen der Hysterie das Ausschlaggebende bei der Entwicklung und Gestaltung auch der sog. rein nervösen Krankheitserscheinungen ist, und daß sowohl in den paroxystischen, als auch in den interparoxystischen Phasen der Epilepsie und der Hysterie bei genauerem Hinsehen das psychische Krankheitselement niemals fehlt. Über die ausgeprägten psychischen Krankheitsbilder, welche sich im Verlaufe der diffusen Neurosen entwickeln,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vergleiche die spezielle Psychiatrie. Hinsichtlich der psychischen Störungen bei der Chorea, Migräne, Tetanie, Paralysis agitans gelten die gleichen Gesichtspunkte.

E. Psychische Ursachen.

Alle gemütserschütternden, plötzlich und unmittelbar (z. B. Schrecken) oder chronisch sich vollziehenden Vorkommnisse (Ärger, Kummer, Sorge) können die Ursache geistiger Störungen sein. Sie wirken um so sicherer und verhängnisvoller, je widerstandsunfähiger das Individuum ist, sei es, daß erbliche Prädisposition, sei es, daß erworbene neuro- resp. psychopathische Zustände (nach erschöpfenden Krankheiten, Trauma, Alkohol usw.) den Boden für diese pathologischen Affektwirkungen vorbereitet haben. Diese emotiven Ursachen bilden, wie z. B. bei der Dementia paralytica, ein bedeutsames Glied in der Kette schädigenden Ursachen und sind, wie die Erfahrung lehrt, nur zu oft der letzte Anstoß zum Ausbruch der Erkrankung. Unter den sog. funktionellen Psychosen steht in dieser Beziehung die Melancholie in erster Linie; hier lassen sich die fließendsten, oft schwer zu beurteilenden Übergänge zwischen physiologisch begründeter Sorge, Kummer und pathologisch protrahierter und vertiefter Verstimmung beobachten. Die Schreckneurosen und -psychosen finden sich fast ausschließlich bei solchen Individuen, die schon früher ein labiles und leicht erregbares Gemütsleben dargeboten haben. Wie besonders ein Blick auf die engen Beziehungen zwischen gemütlichen Schädlichkeiten und hysterischen Krankheitsäußerungen lehrt, muß genau unterschieden werden zwischen der Erzeugung der Krankheit durch emotive Schädlichkeiten und der Entwicklung neuer Krankheitssymptome bei schon vorhandenem Grundleiden.

Die psychische Infektion wird durch höchst zusammengesetzte psychische Einflüsse bewirkt. Teils ist es eine durch Gewohnheit und Übung (bei Geschwistern, Ehegatten, Herrin und Dienerin usw.) gezüchtete Unterordnung und Anschmiegung, welche zu einer Art von Übertragung krankhafter Urteilsbildungen auf die Personen der nächsten Umgebung bei paranoischen Kranken führt („induziertes Irresein"). Teils sind die gemütlichen Erregungen, das nagende Gefühl der Verantwortlichkeit, die stete Sorge bei der Pflege selbstmordverdächtiger Kranker, aber auch Nachtwachen, körperliche Überanstrengung usw., welcher Ärzte, Pflegepersonal oder mit der Pflege geliebter Angehöriger betraute Familienglieder ausgesetzt sind, bei der psychischen Infektion ausschlaggebend. Die psychischen Volkskrankheiten des Mittelalters, die Hausepidemien von Hysterie (Pensionate, Waisenhäuser usw.) werden auf gemütliche Erschütterungen und auf den in seinem Wesen noch unklaren Vorgang der Imitation zurückgeführt.

Pathologische Anatomie.

Wie die Lehren der Ätiologie ergeben, bestehen wesentliche Verschiedenheiten in der Wirkungsweise der einzelnen Schädlichkeiten je nach der anatomischen und funktionellen Beschaffenheit des Zentralorgans der psychischen Tätigkeit. Pathologisch-anatomische Kriterien einer psychopathischen konstitutionellen Veranlagung gibt es, wie wir

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesehen haben, nur insoweit, als wir in der Lage sind, grobe, makroskopisch erkennbare (Mikrocephalie, Mikrogyrie, angeborenen Balkenmangel u. dgl.) oder nur mikroskopisch nachweisbare Entwicklungsstörungen, resp. -hemmungen des Gehirns und Rückenmarks (verkümmerte Entwicklung der Ganglienzellen und Nervenfasern bei der Idiotie, mangelhafte Entwicklung der Pyramidenbahnen u. a. m.) festzustellen.

Über die während des Individuallebens entstandenen krankhaften Veränderungen des Gehirns und seiner Hüllen, welche die Grundlage psychischer Krankheitsvorgänge sind, gibt uns die Hirnsektion nur für die verhältnismäßig kleinere Gruppe der sog. organischen Gehirnkrankheiten (Porencephalie, diffuse ind lobäre Sklerose des Gehirns, Hydrocephalus chronicus, akute und chronische Meningitis, Erweichungen, Blutungen, Tumoren, Hirnabszeß usw.) einen für die Erklärung der einzelnen psychischen Krankheitserscheinungen freilich nur ungenügenden Aufschluß. Bei allen chronischen, mit ausgesprochenem geistigem Defekt einhergehenden oder mit einem solchen endigenden Geistesstörungen ist die Hirnwägung, die Feststellung der Rindenbreite, der Weite der Hirnventrikel, der Beschaffenheit des Ventrikelependyms, der basalen Hirngefäße usw. von größter Wichtigkeit. Eine endgültige Aufklärung gibt uns in allen diesen Fällen aber nur die mikroskopische Untersuchung. Auf ihre Technik hier einzugehen, mangelt uns der Raum; es sei nur hervorgehoben, daß sich diese Untersuchung zu erstrecken hat:

1. auf die funktionstragende Nervensubstanz (degenerativ-atrophische Veränderungen der Nervenfasern, resp. -zellen);

2. auf die ektodermale Stützsubstanz (degenerative und reparatorische entzündliche Prozesse, z. B. Gliawucherungen bei der epileptischen Demenz);

3. auf die mesodermale gefäßtragende Stützsubstanz (z. B. hyaline Degeneration der Hirngefäße, endotheliale Wucherungen an der Gefäßadventitia und an der Pia mater, kleinzellige Anhäufung inner- und außerhalb der Gefäßscheide usw.).

Über die Besonderheiten dieser mikroskopischen Befunde wird bei der Bearbeitung der einzelnen Psychosen das Nähere mitgeteilt werden. Hier sei nur noch einiger allgemeiner Gesichtspunkte gedacht, nach welchen das Verhältnis zwischen den pathologisch-anatomischen Veränderungen und den psychischen Störungen betrachtet werden kann. Es besteht prinzipiell nur ein quantitativer Unterschied zwischen den Schädigungen der Nervensubstanz, welche den funktionellen, und denjenigen, welche den organischen Nerven- und Geisteskrankheiten zugrunde liegen. Die funktionellen Neurosen und Psychosen beruhen in letzter Linie auf nutritiven Störungen der funktionstragenden Nervensubstanz und insbesondere der zentralen Nervenzelle (Störungen der assimilatorischen und dissimilatorischen Prozesse). Die ausgleichbaren funktionellen Störungen sind auf Partialschädigungen der Nervenzelle zurückzuführen, die einer völligen Regeneration durch die physiologischen Stoffwechselvorgänge leicht zugänglich sind. Hier kommen hauptsächlich Partialschädigungen derjenigen Bestandteile der Nervenzelle in Betracht, die in den Nisslschen Körpern aufgestapelt sind. Je weitergehend die Art dieser Molekularschädigung ist, desto schwieriger und langwieriger wird auch der Ersatz, der erneute Aufbau dieser Zellbestandteile sein. Er wird ferner bei allen denjenigen Individuen schwieriger und unvollkommener stattfinden, bei denen, wenn man so sagen darf, die molekulare Konstitution der Nervenzelle schon vor der Einwirkung der schädigenden Ursache eine geringerwertige ist. Aber auch dann wird der Ersatz ein ungenügender und unvollkom-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mener sein, wenn das Verhältnis zwischen Assimilation und Dissimilation (Kraftvorrat, Kraftverbrauch und Kraftersatz) durch andauernd erhöhte Ansprüche an das Zentralnervensystem und durch Verringerung oder Verschlechterung des der Zelle zugeführten Nährmaterials, für längere Zeit oder sogar dauernd gestört ist. Aus den völlig ausgleichbaren entstehen so die bleibenden funktionellen Störungen. In letzterem Falle ist die nervöse Leistungsfähigkeit zwar herabgemindert, aber nicht aufgehoben. Die chronische nervöse, resp. psychische Erschöpfung, die Geringerwertigkeit der psychischen Leistungen nach akuten Geistesstörungen können als klinische Belege für diese molekularen Schädigungen gelten. Sie treten uns, soweit Toxinwirkungen in Frage kommen, am reinsten bei jenen sog. funktionellen Störungen entgegen, welche als Syphilis-Neurasthenie, resp. -Hypochondrie bezeichnet werden. Sind die Toxinwirkungen intensiverer Art und treffen sie zusammen mit anderweitigen, die Ernährungsbedingungen und Leistungen der Nervenzelle beeinträchtigenden Vorgängen, so ist der Einfluß um so verderblicher. Der Krankheitsprozeß verharrt nicht auf der Stufe der Partialschädigung, vielmehr wird allmählich die ganze Nervenzelle von ihm ergriffen.

Die Totalerkrankung der Nervenzelle führt nicht nur zum Untergang der Nisslschen Körper, sondern auch der funktionstragenden Substanz im engeren Sinne (das Neurosoma Helds). Anatomisch lassen sich diese verschiedenen Stadien oder Arten der Zellerkrankung am schönsten nachweisen bei den akut verlaufenden und tödlich endigenden infektiösen, resp. postinfektiösen Psychosen (Influenza, Varizellen, Variola, Typhus usw.). Auch die syphilitischen Erkrankungen der Großhirnrinde, vor allem die progressive Paralyse, führen zu den gleichen, nicht bloß graduell, sondern auch qualitativ verschiedenartigen Zelldegenerationen. Die Entwicklung und der Verlauf dieser letztgenannten Krankheit weist außerdem darauf hin, daß in den verschiedenen Stadien des Krankheitsprozesses in einzelnen Partien des Zentralnervensystems Partialschädigungen mit ausgleichbaren, an anderen Stellen solche mit unausgleichbaren Störungen der Nervenfunktion stattfinden können, während an dritten Stellen Totalschädigungen mit völligem Funktionsausfall Platz gegriffen haben. Das Höhestadium dieser Krankheit ist erst dann erreicht, wenn die Totalschädigungen der Rindenelemente weit fortgeschritten sind.

Dieser Gedankengang zeigt uns, daß eine scharfe Grenze zwischen funktionellen (ausgleichbaren und unausgleichbaren Partialschädigungen) und organisch bedingten Psychosen nicht gezogen werden kann. Er berechtigt uns außerdem zu der Hoffnung, daß mit der weiteren Vervollkommnung der histologischen Technik und Ausdehnung der mikroskopischen Durchforschung der Großhirnrinde für weitere Gebiete, die bislang den funktionellen Psychosen zugerechnet wurden, sich bestimmte anatomische Veränderungen der Nervensubstanz werden auffinden lassen. Dafür sprechen nicht nur die oben angeführten pathologisch-anatomischen Befunde bei den unter dem Bilde der akuten Amentia (Delirium acutum) verlaufenden infektiösen Psychosen, sondern auch die Befunde bei den chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Blei usw., sowie endlich bei den geistigen Schwächezuständen, welche nach akuten fieberhaften (infektiösen) Krankheiten zurückgeblieben sind (sog. postfebrile Demenz).

Ganz im Einklang mit den vorstehenden Betrachtungen stehen die Bestrebungen Alzheimer's, bei denjenigen funktionellen Psychosen, welche zu geistigen Schwächezuständen führen, und denen anatomisch betrachtet regressive Veränderungen zugrunde liegen, den Abbau des Nervengewebes zu erforschen, die Abbauprodukte festzustellen. Für das Studium der Erkrankung der Nervenbahnen besitzen wir die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„MARCHI'sche Methode", welche uns einen Aufschluß über die Vorgänge des Markscheidenzerfalles gibt. Sie ist aber für die pathologisch-anatomische Durchforschung der Großhirnrinde bei allen zur Verblödung führenden chronisch verlaufenden Psychosen von geringem Werte. ALZHEIMER hat nun mittels neuer histo-chemischer Untersuchungsmethoden gezeigt, daß bei diesen Krankheitsprozessen eine beträchtliche Vermehrung des Fettes stattfindet. Eine Prädilektionsstelle für eine Ablagerung bilden die Zellen der Adventitia, außerdem aber findet sich in verschiedener Art und Anordnung bei verschiedenen Krankheitsprozessen Fett in den Ganglien- und Gliazellen. Andere, höher konstituierte Abbauprodukte im Gewebe der Hirnrinde wurden zuerst bei der amaurotischen Idiotie, sodann aber auch bei funktionellen Psychosen in verschiedener Anordnung und Menge gefunden. Es handelt sich um „protagonoide Körper", welche sich in wechselnder Anordnung und Menge vorfinden, Gewisse netzartige Anordnungen der färbbaren Substanz der Ganglienzellen, wie sie das NISSL'sche Bild bei manchen chronischen Psychosen zeigt, entstehen durch die Zwischenlagerung solcher Stoffe. Noch andere Abbauprodukte finden sich in der Nervenzelle selbst, über deren chemische Beschaffenheit die elektive Färbung noch keine sicheren Resultate ergeben hat.

Von nicht geringerer Bedeutung sind die Ergebnisse ALZHEIMER's über die Abbauprodukte in der protoplasmatischen Glia (Gliazellen). Bei verschiedenen Krankheitszuständen fand er in der Hirnrinde Gliazellen mit großem Zelleib, die keine Neigung zeigen, Fasern zu produzieren (amöboide Gliazellen). In diesen Zellen nun lassen sich wieder mancherlei Körnchen nachweisen, die als Abbauprodukte zu betrachten sind; sie bestehen außer den Fettkörnchen aus myelinoiden und fibrinoiden Körpern. Manche Rinden sind ganz erfüllt von solchen mit Zerfallstoff beladenen Zellen. Es ließ sich feststellen, daß diese amöboiden Gliazellen vielfach Fortsätze zu den Gefäßen haben, und daß sich diese Körner von der unmittelbaren Nachbarschaft der Ganglienzellen durch die Gliazelle und ihre Fortsätze hindurch bis in den adventitiellen Lymphraum verfolgen lassen. Auch in den Zellen und Maschen des Pialgewebes begegnet man dann den gleichen Zerfallsprodukten.

Eine indirekte Bestätigung dieser Abbauvorgänge innerhalb des Zentralnervensystems bei Psychosen und Neurosen liefern die Ergebnisse mittels der ABDERHALDEN-schen Untersuchungsmethode (vgl. S. 66). Sie haben speziell für das Gebiet der Geisteskrankheiten dargetan, daß bei einer großen Zahl von Geistesstörungen und zwar auch bei solchen, deren pathologisch-anatomische Grundlagen noch völlig unaufgeklärt sind (z. B. die schizophrenischen Prozesse), Abbau der Hirnrindensubstanz stattfindet. Ebenso ist der Nachweis gelungen, daß der einzelne epileptische Anfall mit Abbauvorgängen verbunden ist (paroxystischer Abbau) und daß die Fälle von Epilepsie mit progredienter geistiger Verarmung (epileptische Demenz) auch interparoxystische Abbauvorgänge der Hirnrinde im Blutserum zeigen. Die ABDERHALDEN-Methode ist also eine für die Klinik der Geisteskrankheit bedeutsame und Erfolg verheißende Bereicherung. Wir befinden uns aber erst in den Anfängen der praktischen Verwendung dieser Methode, deren technische Beherrschung große Schwierigkeiten macht, so daß man zurzeit von weitergehenden Schlußfolgerungen hinsichtlich ihrer diagnostischen Verwertbarkeit absehen muß.

Verlauf, Prognose, Diagnose.

Hinsichtlich des Verlaufs unterscheidet man akut entstehende, und akut verlaufende, akut entstehende und subakut, resp. chronisch verlaufende, sowie chronisch entstehende und chronisch verlaufende Geistesstörungen. Als Beispiel führen wir an für die erste Kategorie gewisse Krankheitsbilder der toxischen, infektiösen und traumatischen Psychosen; für die zweite Kategorie finden wir ebenfalls in diesen ätiologisch-klinischen Gruppen, sowie bei den senilen Involutionspsychosen zahlreiche Belege. Die Melancholie und Manie zeigt häufiger eine akute, d. h. in wenigen Tagen oder Wochen ansteigende Entwicklung und einen über viele Monate protrahierten Verlauf. Auch die in der Pubertätszeit oder kurz nachher einsetzenden Psychosen weisen die gleichen Verlaufsarten auf. Die dritte Kategorie ist durch die chronischen paranoischen Zustände am besten gekennzeichnet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ferner unterscheidet man Psychosen mit rezidivierendem und, wenn die Anfälle durch annähernd gleiche Zeiträume getrennt sind, mit periodischem Verlauf. Bei den periodischen Psychosen zeigen in den einzelnen Anfällen die Krankheitsbilder oft eine verblüffende Gleichheit (periodische Manie, Melancholie). In anderen Fällen finden wir ganz verschiedenartige Krankheitszustände; nur die zeitliche Begrenzung, der mehr oder weniger regelmäßige Wechsel zwischen Krankheitsphasen und Zeiten relativer Gesundheit weist auf einen einheitlichen Krankheitsprozeß hin. Wir sagen absichtlich Zeiten relativer Gesundheit; denn bei genauerer Betrachtung machen sich auch hier einzelne psychopathische Züge bemerkbar. Für jeden neuen Krankheitsanfall ist eine bestimmte auslösende Gelegenheitsursache nicht notwendig. Im engen Zusammenhang mit den periodischen stehen die zirkulären Psychosen, bei welchen zwei in ihren hauptsächlichsten Symptomen einander entgegengesetzte Krankheitsphasen zu einem „Zyklus" vereinigt sind. In der einen Phase handelt es sich vorwaltend um Erregungssymptome auf affektivem, cortikosensorischem und cortikomotorischem Gebiete, während die entgegengesetzte Phase durch Hemmungssymptome ausgezeichnet ist. Die reinsten Bilder dieser Art haben wir bei den sog. affektiven zirkulären Psychosen, den Zyklothymien, bei welchen maniakalische Exaltation und melancholische Depression paarig zusammengeordnet und durch kürzer oder länger dauernde, relativ gesunde Zwischenzeiten von einem neuen Zyklus streng geschieden sind (manisch-depressives Irresein; Kraepelin). Aber auch in ihren Symptomen sehr gemischte (stuporöse und halluzinatorisch erregte) Krankheitsbilder verbinden sich zu einem zyklischen Verlaufe. Doch läßt sich hier in den Zeiten relativer Ruhe und Klarheit recht häufig der Nachweis liefern, daß von einer wahrhaft gesunden Zwischenzeit nicht gesprochen werden darf. Die periodischen und zyklischen Psychosen weisen fast durchweg auf eine schwere erbliche Behaftung hin und gehen in ihren ersten Anfängen auf die Zeit der Pubertät zurück. Doch sei hier eingeschaltet, daß wir zuweilen Fällen von zirkulärer Geistesstörung begegnet sind, welche sich bei einfacher erblicher Belastung und ohne frühere Anzeichen erblicher Behaftung bei schon seit Jahren bestehendem chronischem Alkoholismus erst im reiferen Lebensalter entwickelt hatten.

Von wahren Rezidiven sprechen wir, wenn eine mit Genesung endigende psychische Krankheit späterhin auf Grund bestimmter auslösender Ursachen ein oder mehrere Male wieder auftritt. Dabei ist nicht ausgeschlossen, daß die erstmalige Geistesstörung, trotzdem Heilung erfolgt war, eine gewisse Schwächung (vgl. die Schlußbemerkungen des vorigen Abschnittes) der psychischen Leistungsfähigkeit, eine verringerte Widerstandskraft gegen schädigende Einwirkungen zurückgelassen und dadurch den Boden für neue Erkrankungen vorbereitet hat.

Die Prognose ist bei erstmaliger geistiger Erkrankung in der Hauptsache abhängig zu machen von den ätiologischen Bedingungen, von der Eigenart des erkrankten Individuums und von der klinischen Gestaltung des Krankheitsbildes. In allen Fällen ist der Grad der geistigen Ausreifung, welchen das Individuum erlangt hat, von ausschlaggebender Bedeutung. Geringer begabte oder geradezu debile Personen unterliegen unter gleichen ätiologischen Bedingungen dem tiefgreifenden Einfluß einer akut oder subakut verlaufenden Psychose viel leichter; bei ihnen finden wir am häufigsten jene Ausgänge, welche als Heilung mit Defekt bezeichnet werden. Nach Ablauf der akuten Krankheitserscheinungen bleiben geringe, nur dem Kundigen bemerkbare Ausfallssymptome zurück, welche auf intellektuellem Gebiete in einer Einschränkung des geistigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Interessenkreises bestehen. Noch häufiger kennzeichnet sich der Defekt durch eine Verarmung, resp. Verflachung der feineren (ethischen und ästhetischen) Gefühlsreaktionen, verbunden mit einer krankhaften Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit.

Als sekundäre Demenz bezeichnet man den schärfer ausgesprochenen allgemeinen Verfall der geistigen Kräfte im Anschluß an eine akute, resp. subakute Geistesstörung. So bedeutungsvoll der Faktor der erblichen Veranlagung, resp. Behaftung für die Beurteilung des Entwicklungsganges und des Verlaufes einzelner Krankheitsphasen erscheint, so widerspruchsvoll ist auch der Einfluß, welchen er auf den endgültigen Verlauf besitzt. Wir finden auf der einen Seite bei intensiver erblicher Behaftung schwere und protrahiert verlaufende Krankheitsfälle, welche oft in überraschender Weise noch zur Heilung gelangen (vgl. S. 59), und auf der anderen Seite stehen scheinbar leichte Erkrankungen (Manie, Melancholie, primäre stuporöse Zustände mit katatonischem Symptomenkomplex, halluzinatorische Verwirrtheit mit motorischer Agitation usw.), welche trotz guter intellektueller Entwicklung in den Schuljahren einen rapiden geistigen Verfall bis zur tiefsten Verblödung herbeiführen. Hier ist unverkennbar die akute geistige Störung nur das Anfangsglied des zeitlich und ursächlich mit dem Pubertätsalter zusammenhängenden vorzeitigen Abschlusses der intellektuellen Entwickelung. Sie zeichnet sich durch besonders stürmische Reiz- und Hemmungssymptome aus, welche die Ausfallssymptome vielfach verdecken. Aber auch ein remittierender oder intermittierender, d. h. durch kürzere oder längere Zwischenstadien relativer Erholung charakterisierter, Verlauf ist diesen in Dementia endigenden Geistesstörungen recht häufig eigentümlich. Die juvenilen Verblödungsprozesse (Dementia praecox sive hebephrenica) bieten hierfür genugsam Beispiele. Wenn wir so die Ansicht vertreten, daß die Mehrzahl dieser juvenilen Verblödungsprozesse auf erblich-degenerativer Basis (Ziehen berechnet erbliche Belastung in 80% aller Fälle und betont die Häufigkeit gehäufter Degenerationszeichen) entstanden ist, so muß doch die Möglichkeit eingeräumt werden, daß sie auch bei nicht erblich behafteten Individuen beim Zusammenwirken verschiedener Schädlichkeiten (psychischer und körperlicher Ursachen) sich entwickeln können. Nach unseren Erfahrungen ist dann immer ein gewisser Grad geistiger Schwäche schon vor dem Einsetzen der Dementia praecox vorhanden gewesen. Daß die periodischen und zyklischen Geistesstörungen fast ausschließlich den erblich bedingten Psychosen zuzurechnen sind, haben wir früher schon hervorgehoben. Die schleichend sich entwickelnden Psychosen mit exquisit chronischem Verlauf (vgl. paranoische Zustände) bieten bei schwerer erblicher Behaftung die allerungünstige Prognose.

Sehen wir von diesen ätiologisch-klinischen Gesichtspunkten der allgemeinen Prognostik ab, so bieten auch die einzelnen Krankheitssymptome, ihre Aufeinanderfolge und ihre Verknüpfungen Fingerzeige für die freilich immer nur mutmaßlische Voraussage über den Ausgang der Krankheit. Einfache Melancholien, ohne schwere erbliche Behaftung, bei guter intellektueller Entwicklung sind prognostisch sehr günstig. Unsere hier in Thüringen gesammelten Erfahrungen beweisen nicht nur das überaus häufige Vorkommen einfacher, unkomplizierter Melancholien, sondern auch die gute Prognose dieser Krankheitsform (80%)[1]. Viel seltener ist die einfache — nicht periodische oder keiner zirkulären Psychose zu-

[1]) Es sind selbstverständlich bei der statistischen Berechnung alle Melancholien mit periodischem oder zyklischem Verlauf außer acht gelassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehörige — Manie. Sie kommt aber zweifellos vor. Wir erinnern uns an eine 19jährige Patientin, welche in der hiesigen Klinik an einer schweren, sich über sieben Monate erstreckenden Manie behandelt worden ist. Die Krankheit endigte ohne jeden Intelligenzdefekt. Das Mädchen verheiratete sich einige Jahre später und ist, wie wir auf Grund wiederholter eingehender Erkundigungen versichern können, bis auf den heutigen Tag — es sind inzwischen 20 Jahre verflossen — trotz mannigfacher Fährnisse (schwere Geburten, Todesfälle in der Familie) gesund geblieben.

Ohne auf die Prognose im einzelnen einzugehen, sei nur darauf hingewiesen, daß primäre Wahnbildung in dem früher erörterten Sinne prognostisch immer ungünstig ist, daß dagegen die inkohärente, sowie die komplementäre (auf Grund von Affektstörungen oder Halluzinationen) Wahnbildung keinen sicheren Rückschluß auf die Prognose des Falles gestattet. Eine absolut, auch quoad vitam, infauste Prognose bieten die perakut verlaufenden Fälle von Amentia (Delirum acutum), auf welche wir S. 52 hingewiesen haben, ebenso die allgemeine progressive Paralyse der Irren und die arteriosklerotische Hirndegeneration. Indirekt, d. h. Affekthandlungen (Selbstmorddrang) oder durch andauernde Unterernährung und Kräfteverfall, kann auch bei den einfachen Psychosen (Melancholie, Manie) ein tödlicher Ausgang stattfinden.

Die Diagnose einer Geistesstörung gründet sich nicht allein auf eine genaue Analyse des zur Zeit der Krankenbeobachtung vorhandenen Zustandes, sondern auch auf die eingehende Erforschung der Familiengeschichte und des individuellen Entwicklungsganges des Patienten an der Hand der in der Ätiologie gegebenen Fingerzeige. Wir lassen hier ein Schema der Krankenuntersuchung folgen:

I. Anamnese.

a) Familiengeschichte (mit Berücksichtigung der Blutsverwandtschaft, Trunksucht, konstitutioneller Erkrankungen, Verbrechen, auffallender Charaktere, Selbstmord usw.): Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits, Eltern (Schwangerschaft und Geburt), Geschwister der Eltern und deren Kinder, Geschwister und die Kinder des Patienten.

b) Individueller Entwicklungsgang: Säuglingserkrankungen, erste Dentition (Eklampsie), Rhachitis, Erlernen von Gehen und Sprechen, kindliche Schlafstörungen (Pavor nocturnus, Somnambulismus, Enuresis nocturna), Kindernervenkrankheiten, Infektionskrankheiten, Trauma, Schulbildung, Schulleistungen (erschwertes Lernen, einseitige Begabung, rasche Ermüdung, Unaufmerksamkeit), Verhalten beim Verkehr mit anderen Kindern und den Eltern (krankhafter Eigensinn, Zornausbrüche usw.). Pubertätsentwicklung (erste Menstruation, Masturbation, geistige Entfaltung, Charakterbildung), Berufswahl (Gewerbekrankheiten, Überanstrengung von Lehrlingen und Dienstmädchen, Alkoholabusus, Verkürzungen des Nachtschlafes usw.). Militärzeit (Trauma, kalorische Schädlichkeiten, syphilitische Infektion). Weiterer Lebensgang mit Erforschung aller körperlichen und psychischen (intellektuellen und affektiven) schädigenden Einwirkungen. Soziale Sphäre, endgültiger Berufsstand und die mit ihm verknüpften Gefahren (Vagabondage, Bettelei, Gewohnheitsverbrechen usw.). Bei Verheirateten: eheliche Verhältnisse, Puerperium. Von besonderer Wichtigkeit ist die Feststellung des psychischen Verhaltens von der Pubertätsperiode bis zum nachweisbaren Beginn der psychischen Erkrankung. Hier ist den krankhaften, leicht übersehbaren Abänderungen der „nervösen", resp. psychischen Leistungsfähigkeit (affektive Erregbarkeit, Schlafstörungen, Intoleranz gegen Al-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kohol, rasche geistige Ermüdbarkeit, Neigung zu Ohnmachten) besonders nachzuspüren. Feststellung des geistigen und körperlichen Verhaltens der Patienten in den letzten Monaten oder Wochen vor dem deutlich erkennbaren Beginn und der Nachweis von besonderen Gelegenheitsursachen für den Ausbruch der Psychose. Schilderung der Krankheitserscheinungen und des Krankheitsverlaufes bis zur Vornahme der ärztlichen Untersuchung.

II. Status praesens.

a) Körperlicher Befund (auf Degenerationszeichen achten!): Körpergröße, Körperbau, Muskulatur, Fettpolster, Haut: Feststellung von Selbstverletzungen oder von Merkmalen stattgehabter Mißhandlungen (Hautwunden, Sugillationen, Rippenbrüche). Schädeluntersuchung (Umfang, Länge, Breite), Gesichtsfarbe, Schleimhäute, Iris, Ohren, Gaumen, Zähne. Untersuchung der inneren Körperorgane. Puls, Arterien; vasomotorisches Nachröten. Nervensystem: oberflächliche und tiefe Reflexe; mechanische Muskelerregbarkeit. Berührungsempfindlichkeit, Schmerzempfindlichkeit, Druckpunkte. Gleichgewichtsstellung bei geschlossenen Augen; Gang, Armbewegungen (statischer Tremor, Intentionstremor, Ataxie), Händedruck; Beinbewegungen. Pupillen (Lichtreaktion, Konvergenzreaktion). Cornealreflex, Stirnrunzeln, Augenschluß, Mundfacialisinnervation, Zunge, weicher Gaumen; Gaumenreflex. Geruch, Gehör, Augenhintergrund, Gesichtsfeld. Sprachartikulation.

b) Psychischer Status. Allgemeines Verhalten: Ausdrucksbewegungen (Gesichtsausdruck, mimische, pantomimische Bewegungen, einschließlich Grimassieren und Gestikulieren, sprachlicher Ausdruck, Schrift), Schlafstörungen, Nahrungsaufnahme, spontane Bewegungen, Haltungs- und Bewegungsstereotypien, Negativismus, katatonische Muskelspannungen, Katalepsie u. a. m. Reaktionen auf äußere Anreize. Störungen der Empfindungen (Illusionen und Halluzinationen). Formale Störungen der Ideenassoziation und geistiger Besitzstand: Bildung, Inhalt der Vorstellungen, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis, örtliche und zeitliche Orientierung, Geschwindigkeit der Ideenassoziation. Inhaltliche Störungen der Ideenassoziation: Zwangsvorstellungen, Urteilsschwäche (Krankheitseinsicht, Wahnideen). Pathologische Gefühlszustände: heitere, traurige, reizbare Verstimmung, Gefühlsleere (Apathie); ethisch-ästhetische Gefühlsreaktionen, Affekterregungen (Angst, Zorn usw.). Handlungen: Initiativ- und Reaktivbewegungen. Bei Untersuchungen zu wissenschaftlichen Zwecken: Prüfung der einfachen Reaktionszeit, der Erkennungs-, bzw. Unterscheidungszeit und der Wahlzeit (Kraepelin, Sommer, Ziehen) mit besonderer Berücksichtigung der Aufmerksamkeit und Ermüdbarkeit der Kranken.

Nachdem auf diesem Wege die Grundlage zur Beurteilung des Falles gewonnen ist, wird die klinische Krankheitsform aus der Aufeinanderfolge und Verknüpfung der einzelnen psychischen Krankheitselemente erschlossen werden können.

Die Gesamtheit der in einer gegebenen Zeit vorhandenen Krankheitssymptome bezeichnet man als Zustandsbild, Syndrom. Die einzelnen im ätiologischen Abschnitt aufgeführten äußeren Krankheitsursachen können zu den verschiedenartigsten Zustandsbildern Veranlassung sein, welche in diagnostischer Hinsicht nur unter Hinzufügung der wirksamen Schädlichkeit die Bedeutung klinischer Krankheitsformen gewinnen (Erschöpfungsamentia, traumatischer Dämmerzustand usw.). Recht schwierig wird die Stellung der Zustandsbilder zu den einzelnen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheitsformen oder -Bildern bei den auf inneren Ursachen beruhenden Geisteskranheiten. Bei diesen „konstitutionellen" Psychosen finden wir bald im gesamten Krankheitsverlauf nur ein Zustandsbild vertreten (einfache konstitutionelle Psychosen), bald treten diese in gleicher Form periodisch auf oder sie bilden mit anderen kontrastierenden Zustandsbildern einen Zirkel: Cyklothymien und zirkuläre Psychosen (vgl. S. 72 u. 73), oder endlich folgen sich die verschiedensten Zustandsbilder in regelloser Reihe. Auf die Mischzustände ist S. 58 hingewiesen. All diese Krankheitstypen finden sich vorzugsweise bei den degenerativ-konstitutionellen Psychosen. Innerhalb der Zustandsbilder besitzen die einzelnen Krankheitssymptome einen ganz verschiedenen Wert. Die wesentlichsten und für die Gestaltung des Krankheitsbildes ausschlaggebenden bezeichnet man als Kardinal- oder Primärsymptome, die anderen, welche nur Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen der erstgenannten sind, als Neben- oder Sekundärsymptome.

So ist z. B. bei der Melancholie die traurige Verstimmung (einschließlich der Angstaffekte) in einem Teile der Fälle das Kardinalsymptom, die Denkhemmung (einschließlich der Aprosexie und der Herabsetzung der Merkfähigkeit), sowie die psychomotorischen Störungen Nebensymptome, ebenso die komplementären, als Erklärungsversuche der Angst zu bezeichnenden Wahnideen. In anderen Fällen von Melancholie läßt sich aus der zeitlichen Aufeinanderfolge der Elementarsymptome schließen, daß die affektive Depression und die Denkhemmung einander gleichzustellende Kardinalsymptome sind. Dagegen ist bei dem primären Stupor die Denkhemmung das Kardinalsymptom; die depressive Stimmungsanomalie fehlt hier vollständig, oder sie tritt nur als flüchtige Nebenerscheinung auf und wechselt gelegentlich mit oberflächlichen Erregungs- und Lustgefühlen ab, welche offenkundig vom Inhalt der ebenfalls als Nebensymptome zu bezeichnenden inkohärenten Wahnideen (wahnhafte Einfälle) abhängig sind. Der Ausfall psychomotorischer Leistungen ist hier ebenfalls als Kardinalsymptom aufzufassen. Daß bei dem primären Stupor eine primäre Dissoziation, d. i. eine aus dem Herabsinken der Energie des Assoziationsprozesses entspringende Lockerung der assoziativen Verknüpfungen der Erinnerungsbilder — im Gegensatz zur assoziativen Hemmung bei der Melancholie — als Kardinalsymptom besteht, ist sehr wahrscheinlich, jedoch nicht mit Sicherheit aus der Analyse der Krankheitsvorgänge zu entnehmen. Die Aprosexie und der Merkdefekt sind ebenfalls Begleiterscheinungen, die nur bei geringergradiger Denkhemmung überhaupt zur Beobachtung gelangen. Bei der Amentia sind die Kardinalsymptome die primäre Dissoziation, der beschleunigte Ablauf der dissoziierten Vorstellungen und die gesteigerte psychomotorische Erregbarkeit; als Nebensymptome sind die Unorientiertheit, die Bildung inkohärenter Wahnideen, sowie die Halluzinationen und Illusionen aufzufassen. Bei den Dämmerzuständen, welche mit der Amentia durch fließende Übergänge verbunden sind, sind die Störungen der Merkfähigkeit und des Aufmerkens zu Hauptsymptomen geworden. Das Kardinalsymptom der paranoischen Zustände ist die primäre Wahnbildung in dem früher erörterten Sinne.

Bei einigen klinischen Krankheitsformen sind während des ganzen Krankheitsverlaufes die gleichen Kardinalsymptome vorhanden und bestimmen so nicht nur das Zustandsbild, sondern geben der Krankheitsform ihr klinisches Gepräge: ich nenne z. B. die Manie, Melancholie, Neurasthenie, Paranoia simplex chronica usw. In anderen Fällen treten, wie wir vorstehend erörtert haben, einzelne Zustandsbilder mit verschiedenen Kardinalsymptomen zu einer klinischen Krankheitsform zusammen; es kann dies auch bei akut einsetzenden und subakut verlaufenden Geisteskrankheiten stattfinden (z. B. die Kombination von Erschöpfungsstupor und Erschöpfungsamentia). Die Mehrzahl der chronisch verlaufenden Psychosen bietet eine Reihe von Zustandsbildern, welche für kürzere oder längere Zeit selbständig bestehen und scharf voneinander geschieden sind oder sich flüchtig ablösen und oft schwer auseinander zu halten sind. In den juvenilen Verblödungsprozessen lassen sich für beide Erscheinungsformen instruktive Beispiele auffinden. Hier sind, wie wir schon früher gesehen haben, die Zustandsbilder mit dem voll entwickelten katatonischen Symptomenkomplex sehr häufig anzutreffen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es geht schon aus diesen Andeutungen hervor, daß die Diagnose einer Geistesstörung nicht aus der Feststellung irgend eines Zustandsbildes, sondern nur aus der genauesten Kenntnis ihres Entwicklungsganges und des gesamten Verlaufes mit Sicherheit gestellt werden kann. Auf die Bedeutung des Erblichkeitsfaktors für die Gestaltung des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufes haben wir in der Ätiologie eingehender hingewiesen. Daß die ätiologisch-klinischen und klinisch-symptomatologischen Erwägungen die Diagnostik gegenseitig beeinflussen und befruchten, ist aus dem Gesagten unschwer zu erkennen. Eine Klassifikation der Geistesstörungen kann auf klinisch-deskriptivem und auf ätiologisch-klinischem Forschungswege erreicht werden. Für die Zwecke des Unterrichts und für die Aufgaben des praktischen Arztes ist in der speziellen Psychiatrie der erstere Weg gewählt worden. Für eine Zusammenfassung des gesamten Stoffes unter einheitlichen Gesichtspunkten ist der zweite Weg aussichtsvoller.

Die Schwierigkeiten und Unvollkommenheiten der psychiatrischen Diagnostik sind unbestreitbar. Es ist weder auf klinisch-deskriptivem noch auf ätiologisch-klinischem Wege oder durch die Vereinigung beider Forschungsrichtungen eine einheitliche und allseits befriedigende Einteilung der Geisteskrankheiten, vornehmlich der sog. funktionellen Psychosen, erreicht worden. Für die pathologisch-anatomisch erkenn- und abgrenzbaren Psychosen ist trotz der unendlichen Mannigfaltigkeit der hier auftretenden Zustandsbilder eine wissenschaftlich und praktisch befriedigende Klassifikation nahezu erreicht. Für das große Gebiet der sog. funktionellen Psychosen führt schon die Erkennung und Abgrenzung der einzelnen Zustandsbilder bei der wechselvollen Gestaltung der Symptomgruppierung und bei der oft proteusartigen Wandelbarkeit dieser Symptomgruppen zu widerspruchsvollen Aufstellungen und Aufteilungen. Es gilt dies besonders für alle chronisch verlaufenden Geistesstörungen, deren Anfangs-, Höhe- und Endstadien sich in fast zahllosen qualitativen und quantitativen Modifikationen der Symptombilder in den Irrenanstalten vorfinden. Überblickt man hier die zu verschiedenen Zeiten der Beobachtung auf Entwicklung, Zustandsbild und Verlauf begründeten klinischen Diagnosen, so wird man leicht erkennen, daß die diagnostische Bezeichnung für den Krankheitsbegriff auf recht unsicherem, schwankendem Grunde aufgebaut sind. Man hat versucht, dieser, in der Eigenart des psychischen Krankheitsprozesses begründeten Schwierigkeit der klinischen Diagnostik dadurch Herr zu werden, daß man auch für die sog. funktionellen Psychosen große klinische Einheiten schuf, die wirkliche Krankheitsbegriffe darstellen sollten. Das manisch-depressive Irresein in der weiten umfassenden Ausdehnung Kraepelins und die Dementia praecox oder Schizophrenie Bleulers stellen solche Versuche dar, klinische Einheiten zu schaffen. Gewiß werden manche praktische Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik damit verringert, doch lehrt schon ein Blick auf die verschiedenartige und unsichere Verteilung der Mehrzahl der sog. funktionellen Psychosen bald in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins bald in dasjenige der Dementia praecox oder Schizophrenie, daß auch diese Bestrebungen noch keine Lösung der angedeuteten diagnostischen Schwierigkeiten gebracht haben.

Kräpelin hat neuerdings den Versuch unternommen, eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Krankheitsfällen einerseits von den paranoischen Zuständen und andererseits von den paranoiden Formen der Dementia praecox schärfer abzugrenzen. Er faßt in der 8. Auflage seines Lehrbuches die hierher gehörigen Beobachtungen unter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Begriff der paranoiden Verblödungen oder Paraphrenien zusammen. Das hervorstechendste Merkmal ist das starke Hervortreten von Wahnbildungen, während die Gemüts- und Willensstörungen in geringerer Ausbildung als bei der Dementia praecox-Gruppe vorhanden sind. Dadurch wird „das innere Gefüge des Seelenlebens erheblich weniger in Mitleidenschaft gezogen" oder beschränkt sich „wenigstens der Verlust der inneren Einheit wesentlich auf gewisse Verstandesleistungen". Er unterscheidet 1. eine Paraphrenia systematica. Sie ist „gekennzeichnet durch die äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fortschreitenden Verfolgungswahnes mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit". Den Ausgang des Leidens bildet ein psychisches Siechtum mit fortdauernder Wahnvorstellung und meist auch Sinnestäuschungen ohne auffallende selbständige Störungen des Willens und ohne gemütliche Stumpfheit. Der Krankheitsverlauf ist ein chronischer, Genesungen scheinen nicht vorzukommen, aber auch keine höheren Grade von Verblödung, vor allem kein wirklicher Zerfall der psychischen Persönlichkeit.

Die Abtrennung dieser Gruppe von Fällen mit systematisierter Wahnbildung von der Paranoia chronica scheint im wesentlichen aus theoretischen Erwägungen entstanden zu sein, die auf ätiologisch-klinischem und psychologischem Gebiet gelegen sind. Vorläufig sind wir außerstande, aus den Krankheitsschilderungen KRÄPELIN's unterscheidende Merkmale zwischen der Paranoia chronica und der Paraphrenia systematica zu entnehmen.

Kleinere und zweifellos seltenere Krankheitsbilder sind 2. die expansive Form der Paraphrenie, die durch die Entwicklung „eines üppigen Größenwahns mit vorwiegend gehobener Stimmung und leichter Erregung" gekennzeichnet ist. Wir glauben, daß derartige Krankheitsfälle, die wir ebenfalls kennen gelernt haben, in das Gebiet der degenerativen konstitutionellen Psychosen gehören und durch eine eigenartige Vermengung manischer, hysterischer und paranoischer Symptome von anderen Krankdeitsbildern unterschieden sind. Wir stimmen mit KRÄPELIN darin überein, daß man diese Bilder fast ausschließlich bei weiblichen Patienten vorfindet.

Ebenso möchten wir die dritte, konfabulierende Form der Paraphrenie, bei welcher die Erinnerungsfälschungen eine „beherrschende Rolle" spielen, dem ätiologisch-klinischen Begriffe der degenerativen konstitutionellen Psychosen unterordnen. Nach unseren Erfahrungen ist eine scharfe Trennung der zweiten und dritten Gruppe überhaupt nicht möglich. Als Paraphrenia (Dementia) phantastica bezeichnet ferner KRÄPELIN eine wenig umfangreiche Gruppe von Beobachtungen; es handelt sich um die üppige Erzeugung äußerst abenteuerlicher, zusammenhangloser, wechselnder Wahnvorstellungen. KRÄPELIN macht selbst darauf aufmerksam, daß diese Gruppe sich im wesentlichen mit seiner Dementia paranoides deckt.

Simulation von Geistesstörung in dem Sinne, daß ein geistig normaler Mensch längere Zeit hindurch die Symptome einer vollentwickelten und wohlcharakterisierten Geistesstörung vortäuscht, gehört zu den immerhin seltenen Vorkommnissen. Hingegen finden wir bei psychopathischen, resp. hysteropathischen Individuen, besonders bei jugendlichen Degenerierten mit Pseudologia phantastica (vgl. S. 20), sowie bei mäßig schwachsinnigen Individuen häufiger das Bestreben, einzelne psychische Krankheitssymptome, auch Krämpfe, Lähmungen usw., vorzutäuschen.

Allgemeine Therapie.

Sie beginnt mit der allgemeinen Prophylaxe, für welche sich die leitenden Grundsätze aus der Ätiologie ohne Mühe entnehmen lassen. Besondere Sorgfalt wird auf die körperliche und geistige Entwicklung erblich behafteter Kinder verwendet werden müssen. Schon frühzeitig ist die Widerstandskraft gegen gemütliche Schädlichkeiten zu stärken; vor allem sind die Kinder auch gegen körperlichen Schmerz abzuhärten. In der Jugenderziehung ist durch geeignete Belehrung den Gefahren des Alkoholmißbrauchs und der syphilitischen Infektion vorzubeugen.

Da die überwiegende Mehrzahl der Psychosen mit Krankheitserscheinungen einhergeht, welche entweder für die Umgebung störend und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lästig und geradezu gefährlich (Gemeingefährlichkeit) werden können oder das Leben der Kranken selbst gefährden (Selbstmordgefahr), so ist die Unterbringung der Kranken in besonderer Anstalten schon in den ersten Stadien der Erkrankung ein dringendes Erfordernis. Aber viel wichtiger als diese äußeren, auf den Schutz der Gesellschaft und der Kranken abzielenden Indikationen zur Anstaltsaufnahme sind diejenigen, welche aus der Aufgabe, den Kranken zu heilen, entspringen. Jeder, der mit dieser verantwortungsvollen und mühseligen Aufgabe vertraut ist, welche dem Arzte und dem Pflegepersonal bei der Behandlung akuter heilbarer Geistesstörungen erwächst, jeder Arzt, welcher weiß, wie wertvoll, besonders im Beginn der Erkrankung, die völlige Loslösung des Kranken aus den gewohnten, ihn psychisch schädigenden Verhältnissen ist, wird möglichst rasch die Versetzung des Kranken in die Anstalt befürworten und auch gegen Widerstände seitens der Angehörigen dieselbe durchzusetzen bemüht sein. Nur durch verständnisvolle und unablässige Kontrolle kann der Weiterentwicklung einzelner, besonders störender und für das gesamte geistige Geschehen bedeutungsvoller Krankheitsäußerungen (Affekterregungen, motorische Entladungen, Nahrungsverweigerung, Schlafstörungen usw.) Halt geboten werden. Doch wird in selteneren Ausnahmefällen, in welchen die häuslichen Bedingungen und die materielle Lage das Aufgebot eines umständlichen Apparates (Isolierung im eigenen Hause, geschultes Pflegepersonal, eigener Arzt) ermöglichen, bei akuten, heilbaren oder bei unheilbaren, störenden Kranken die Privatbehandlung durchzuführen sein. Die Stimmungsanomalien, die leichteren Grade der Erschöpfungsneurosen und -psychosen (neurasthenisch-hypochondrische Zustände), die einfach dementen Formen der progressiven Paralyse u. a. m. können auch zweckmäßig in den sog. offenen Nervenheilsanstalten behandelt werden. Alle schwereren Fälle bedürfen der Aufnahme in die geschlossene Anstalt, in welcher sie auch gegen ihren Willen festgehalten werden können. Der Gegensatz zwischen beiden Systemen schwindet immer mehr, indem auch die privaten und staatlichen geschlossenen Anstalten offene Abteilungen besitzen. Von größter Bedeutung ist die Einrichtung der freiwilligen Aufnahme (ohne jede behördliche Vermittlung), welche auch für die unteren Klassen mittels der Krankenkassen und Invaliditätsversicherung in immer noch steigendem Maße erleichtert werden muß. Es liegt auf der Hand, daß nur auf diesem Wege ein möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung bewirkt wird und so der Ausbildung einer schweren, voll entwickelten Geistesstörung erfolgreich vorgebeugt werden kann. Ein wesentliches Unterstützungsmittel bei dieser Aufgabe ist die Errichtung von Polikliniken in Verbindung mit den staatlichen Irrenanstalten. Es wird auf diesem Wege, wie uns die eigene Erfahrung lehrt, der Zufluß frischer Fälle sehr verstärkt. Das alte Odium, welches der Irrenanstalt anhaftet, wird am besten dadurch zerstört, daß auch den Laien der Zutritt zu den Krankenabteilungen beim Besuche ihrer kranken Familienmitglieder gewährt wird. Sie können sich dann durch eigenen Augenschein überzeugen, daß die Einrichtungen einer modernen Irrenanstalt sich von denjenigen anderer Krankenhäuser kaum unterscheiden, und daß die überlieferten Anschauungen von einer grausamen und, wie wir gleich hinzufügen wollen, widersinnigen Zwangsbehandlung heutzutage nicht mehr zutreffend sind.

Statistische Erhebungen lehren folgendes: Es genesen von den Kranken, die aufgenommen werden:

im 1. Monat	41,4%	im 2. Halbjahr	5,5%
„ 2.—3. „	32,9%	„ 2. Jahr	2,9%
„ 4.—6. „	15,3%	nach dem 2. Jahr	2,2%.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf die Therapie im einzelnen hier einzugehen, fehlt uns der Raum. Wir beschränken uns deshalb auf einige allgemeine Bemerkungen. Die Hilfsmittel sind die gleichen, welche bei der Therapie der Nervenkrankheiten überhaupt zur Anwendung gelangen. Obenan steht die Psychotherapie, d. i. die seelische Einwirkung, welche selbstverständlich das genaueste Verständnis für die Krankheitsursachen und Krankheitsäußerungen voraussetzt und strengste Individualisierung verlangt.

Jeder neu in die Anstalt aufgenommene Krankheitsfall, vornehmlich aber jede akute Psychose, wird mit Bettruhe behandelt, welche, wie alle neueren Erfahrungen lehren, das geeignetste Mittel zu einer genauen Beobachtung, Bewachung (Selbstmordgefahr) und Fernhaltung aller schädigenden psychischen Einwirkungen auf den Kranken ist. Es gelingt oft durch diese einfache Maßnahme, schwere psychische Erregung (Angstaffekte, halluzinatorische Erregung, motorische Agitation) zu bekämpfen. Für jeden Fall aber ist sie für eine konsequent durchgeführte diätetisch-physikalische und medikamentöse Behandlung das beste Unterstützungsmittel. Selbstverständlich bedürfen Patienten mit schlechtem Ernährungszustand oder fiebernde Kranke der Bettbehandlung.

Ebenfalls als psychisches Heilmittel ist die Isolierung der Kranken, d. h. ihre Unterbringung in zweckmäßig eingerichteten und mit Sicherheitsvorrichtungen versehenen Zimmern, zu betrachten. Sie darf nur auf direkte ärztliche Anordnung erfolgen und bezweckt, von dem Kranken alle erregenden und störenden Einwirkungen fernzuhalten, welche mit der Vereinigung mehrerer Kranker in einem Wachzimmer unvermeidlich verbunden sind. Außerdem wird sie vorübergehend notwendig, um die Mitkranken vor gemeingefährlichen Handlungen, z. B. durch Patienten in epileptischen Dämmerzuständen oder durch erregte Paralytiker, zu schützen. Die früher geübte dauernde Isolierung gemeingefährlich erregter Kranker ist vollständig zu verwerfen, da sie die Patienten nicht nur unsozial macht, sondern auch ihre Neigung zur Unreinlichkeit und zu aggressiven Handlungen direkt steigert.

Von größtem Werte ist die Arbeit, d. i. die methodische Beschäftigung der Kranken. Die körperliche Arbeit in der Anstalt selbst (Hausarbeiten, Handarbeiten, Werkstättenarbeit), im Hofe (Holz sägen!), im Garten, sowie im geordneten landwirtschaftlichen Betriebe ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, um die Aufmerksamkeit körperlich gesunder, in der Rekonvaleszenz ihrer geistigen Erkrankung begriffener, vor allem aber auch chronischer Geisteskranker angemessen zu fesseln, auf diesem Wege krankhafte Stimmungen und Vorstellungsrichtungen zu bekämpfen und ungeeignete, zwangsartig und impulsiv erfolgende Bewegungsäußerungen in geordnete Bahnen zu lenken. Den gleichen Zwecken dient eine leichte, dem Bildungsgrade und der früheren Berusfarbeit angepaßte geistige Betätigung (Bureauarbeiten, Beschäftigung mit fremden Sprachen, geschichtliche, geographische und technische Studien).

Es genügen schon diese kurzen Hinweise, um darzutun, daß die Arbeit ein wichtiger Bestandteil der psychischen Heilmethode ist.

Gesellige Vereinigungen, musikalische Aufführungen, Turnspiele. gemeinsame Ausflüge sind zur Vervollständigung des psychotherapeutischen Rüstzeugs unbedingte Erfordernisse einer modernen Anstalt.

Bezüglich der Ernährungstherapie erwähnen wir hier nur die bei den Erschöpfungspsychosen gebotenen Mastkuren, die in erster Linie bei der Melancholie so notwendige diätetische Behandlung der Appetitlosigkeit und Obstipation, sowie die bei der Nahrungsverweigerung notwendige Zwangsfütterung. Letztere gehört zu den schwierigsten Aufgaben. Gelingt es nicht, dem Kranken die Nahrung mit dem Löffel oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Schnabeltasse einzuflößen, wobei mit größter Geduld verfahren werden muß, so muß zur Einführung der Schlundsonde (durch die Nase!) geschritten werden, damit ein lebensbedrohlicher Kräfteverfall vermieden wird. Milch mit verschiedenen Zusätzen (Malztropon, Sanatogen usw.), Eier, Fleischsäfte, Lipanin oder (bei Obstipation) Beimengungen von Rizinusöl, Kochsalz, Wein werden zu diesen Fütterungen verwandt. Die Gefahren der Schlundsondenfütterung sind bei starkem Widerstand der Kranken nicht unerheblich. Pressen die Patienten die Speisen immer wieder heraus, so wird die Nahrungszufuhr auf diesem Wege illusorisch und Schluckpneumonien fast unvermeidlich. Die Nährklystiere sind, obgleich sie nur einen ungenügenden Ersatz der Fütterung bilden, dann unentbehrlich. Es werden in wechselnder Zusammensetzung die vorstehend genannten flüssigen Nahrungsmittel unter Zustaz von Stärkemehl oder Salepschleim verwandt.

Unter den hydriatischen Behandlungsmitteln heben wir nur die Dauerbäder hervor, welche zur Bekämpfung von Erregungszuständen geradezu unschätzbare Dienste leisten. Es sind dies warme (durchschnittlich 35° C) Vollbäder, in welchen die Patienten bis zu mehreren Stunden verbleiben. Diese Dauerbäder sind mit der Bettbehandlung in geeigneter Weise zu kombinieren; es müsesn deshalb in unmittelbarem Zusammenhang mit den für die Bettbehandlung eingerichteten „Wachabteilungen" (Krankensäle in Verbindung mit Einzelzimmern) die Baderäume sich befinden.

Auf die anderen physikalischen Heilmethoden (Massage, Elektrotherapie, Mechanotherapie) kann hier nicht eingegangen werden.

Betreffs der medikamentösen Behandlung, die in den einzelnen Kapiteln der speziellen Psychiatrie jeweilig berücksichtigt werden wird, sei hier nur folgendes erwähnt: Wir haben durch Narkotica resp. Hypnotica sowohl die Störungen des Schlafes als auch Erregungszustände auf dem Boden der Angst oder infolge von Halluzinationen zu bekämpfen. Wir können die chemischen Mittel trotz ausgiebiger Anwendung der hydrotherapeutischen Maßnahmen (Vollpackungen und Dauerbäder) nicht entbehren. Als Narkotica sind zu empfehlen: Paraldehyd (5—10 g, intern oder in Klystier), Amylenhydrat (4—6 g intern oder in Klystier), Chlorhydrat (2—3 g, ev. in Verbindung mit Morphium 0,01—0,03), Dormiol, ein Kondensationsprodukt von Chloral und Amylenhydrat (1,0—3 g), Sulfonal und Trional (in Dosen von 1,0; das Sulfonal wird in refracta dosi von 3mal 1,0 mit Vorteil bei erregten Paralytikern verwandt). Bei leichteren Formen von Schlaflosigkeit kommen Veronal und Medinal (0,5—1,0), Luminal (0,2—0,5), Codeonal (2—3 der im Handel befindlichen Tabletten) in Anwendung. Das Luminal-Natrium, das bis zu 20% wasserlöslich ist, kann bei Erregungszuständen (z. B. beim Delirium tremens) mehrmals täglich intramuskulär in Dosen von 0,4 verabreicht werden. Zu den leichteren Schlafmitteln rechne ich auch das Neuronal (0,5—1,0). Zur Coupierung schwerer Angstzustände empfehle ich die subkutane Injektion von Pantopon (0,02 pro dosi). Das souveräne Mittel zur raschen Bekämpfung schwerer tobsüchtiger Erregung, das auch in der Hand des praktischen Arztes bei der Einlieferung von Geisteskranken in die Irrenanstalt unentbehrlich ist, ist das Scopolaminum hydrobromicum. Es versagt fast nie. Wenn ja, so liegt der Fehler gewöhnlich daran, daß zu kleine Dosen injiziert werden. Man kann ruhig ein Milligramm einspritzen. Die Anwendung des Opiums resp. Pantopons in systematischer Weise bei der Behandlung melancholischer Zustände wird in dem speziellen Kapitel besprochen. Die Bromsalze finden vorzugsweise bei der Behandlung der epileptischen Psychosen Verwendung, sind aber auch zum fort-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesetzten Gebrauche leichterer Erregungszustände (Hypomanie) ein wertvolles Hilfsmittel.

Zum Schluß sei noch die Frage gestreift, wann die Patienten aus der Anstaltsbehandlung, resp. -pflege entlassen werden können. Bei den akuten, heilbaren Fällen gehört die richtige Bestimmung des Zeitpunktes der Entlassung zu den schwierigsten Aufgaben. Geschieht sie verfrüht, ist die Schaffung einer Übergangsstation bei verständnisvollen Verwandten oder auch bei fremden Familien auf dem Lande (Familialpflege), in Luftkurorten, Nervensanatorien u. dgl. aus äußeren Gründen unmöglich, so liegt die Gefahr eines baldigen Rückfalls um so näher, wenn der Patient den früheren, die Krankheit verursachenden Schädlichkeiten wieder ausgesetzt ist. Eine übermäßige Verzögerung der Entlassung ruft auf der anderen Seite nicht nur von neuem krankhafte Stimmungsanomalien hervor, sondern kann auch lähmend auf das Streben der Kranken nach selbständiger Betätigung, nach freier Übung der wiedergewonnenen geistigen Kräfte wirken. Beiden Gefahren wird am besten vorgebeugt durch das System der Beurlaubung, resp. probeweisen Entlassung, wobei für die nächsten Wochen oder Monate noch eine Beaufsichtigung der gebesserten, resp. geheilten Kranken durch den Arzt des Aufenthaltsortes stattfindet.

Chronische Geisteskranke sind nur dann dauernd in Anstalten zu belassen, wenn gemeingefährliche Erregungszustände mit oder ohne äußere Anlässe oder verbrecherische Handlungen im Krankheitsverlauf vorherrschen; dann aber auch, wenn bei geistiger und körperlicher Hilflosigkeit die soziale Lage der Angehörigen eine geeignete häusliche Pflege unmöglich macht. Leider treffen diese Voraussetzungen nur zu häufig zu, so daß die Zahl der in öffentlichen und privaten Irrenanstalten unterzubringenden Kranken stetig wächst. Im Jahre 1911 befanden sich (nach Lähr) in den deutschen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker und Idioten (Psychiatrische Kliniken, öffentliche und private Anstalten, Irrenabteilungen an Gefängnissen und Militärlazaretten) 143428 Geisteskranke, Epileptiker und Idioten; es kam also durchschnittlich ein Anstaltsinsasse auf 453 Einwohner (Einwohnerzahl 64914000). An den Anstalten waren 1376 Ärzte tätig.

Literatur.

Jaspers, Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1913.
Störring, Vorlesungen über Psychopathologie usw., Leipzig 1900.
Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie, 6. Aufl., 1908—10.
Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen, 10. Aufl., Jena 1914.

Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie, Leipzig und Wien 1911—1915.
Kraepelin, Psychiatrie, 3 Bände, 8. Aufl., Leipzig 1909, 1910, 1913.
v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., Stuttgart 1903.
Mendel, Leitfaden der Psychiatrie, Stuttgart 1902.
Räcke, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik, 2. Aufl. 1909.
Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, Berlin und Wien 1899. — Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. 1901.
Wernicke, Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl., Leipzig 1906.
Weygandt, Atlas und Grundriß der Psychiatrie, München 1902.
Ziehen, Psychiatrie, 4. Aufl., Leipzig 1911.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anhang.

Die psychiatrischen Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen.[1])

Die Sachverständigentätigkeit auf psychiatrischem Gebiete zerfällt in zwei Teile:

A. Die strafrechtliche Begutachtung eines Angeschuldigten.
B. Die zivilrechtliche Begutachtung des Geisteskranken.

Wir beschränken uns hier auf die Wiedergabe und Erörterung der einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches und des Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich.

A. Strafrechtliche Bestimmungen.

§ 56. „Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das 12., aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besitzt." — In diesem Paragraphen ist die Grundlage für die strafrechtliche Beurteilung der jugendlichen Verbrecher geschaffen; sie besitzen nur eine relative Strafmündigkeit, welcher im § 57 durch eine wesentliche Herabsetzung des Strafmaßes und eine Milderung der Strafart (Gefängnis statt Zuchthaus) Rechnung getragen wird. Bei Kindern, welche das 12. Lebensjahr nicht vollendet haben, ist gemäß des § 55 eine strafrechtliche Verfolgung ausgeschlossen. Sie können jedoch, wenn sie verbrecherische Handlungen ausgeführt haben, in gleicher Weise wie die jugendlichen Verbrecher, welche auf Grund des § 56 freigesprochen worden sind, der Zwangserziehung überantwortet werden, für welche durch die neuen Bestimmungen des BGB. (§ 1666) auch die zivilrechtliche Unterlage gegeben ist. Es bestehen zurzeit in allen deutschen Staaten Zwangserziehungsgesetze, durch welche die Möglichkeit geschaffen worden ist, sittlich verwahrloste Kinder und jugendliche Verbrecher in besonderen Erziehungs- und Besserungsanstalten unterzubringen.

Der Arzt wird von dem Richter in immer steigendem Maße bei der strafrechtlichen Beurteilung jugendlicher Angeklagter herangezogen.

[1]) Im Hinblick auf die im Jahre 1906 in vollem Umfange in Kraft getretene neue Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901 halten wir es für geboten, die wichstigsten gesetzlichen Bestimmungen hier anzuführen und erläuternde Bemerkungen über ihre Handhabung beizufügen. Eine genaue Darstellung dieser praktisch bedeutsamen Fragen finden sich in dem Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie von Cramer (5. Aufl. 1903) und in dem von Hoche herausgegebenen großen „Handbuche der gerichtlichen Psychiatrie" 1901.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Obgleich die Begriffsbestimmung „die zur Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlung notwendige Einsicht" keine psychiatrische, sondern eine rein juristische Formulierung darstellt, so wird sich der Sachverständige doch nicht der Aufgabe entziehen können, auf richterliches Erfordern diese Erkenntnisfähigkeit mit ärztlichem Maßstabe zu messen; er wird unter Umständen schon im Interesse einer richtigen Beurteilung des jugendlichen Angeklagten gezwungen sein, direkt auf Grund seiner ärztlichen Erfahrungen auszusprechen, ob bei einem Angeschuldigten die erforderliche Einsicht vorhanden ist oder nicht. Der Sachverständige hat die individuelle und Stammesgeschichte des jugendlichen Minderjährigen genau zu erforschen (S. 54—70 und S. 74ff.) und im einzelnen nachzuweisen, inwieweit durch krankhafte Veranlagung und abnorme Entwicklung die geistige Ausreifung des Exploraten Schaden gelitten hat. Die Mehrzahl dieser jugendlichen Minderjährigen befindet sich in dem kritischen Alter der Pubertätsentwicklung, deren Bedeutung in den vorstehenden Abschnitten schärfer hervorgehoben wurde (vgl. spez. Psychiatrie: A. Hoche, geistige Schwächezustände). Doch wird der Sachverständige, selbst bei völliger Beherrschung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden und ausgiebiger Erfahrung gar nicht selten in die Lage kommen, ein ganz bestimmtes Urteil nicht abgeben zu können. Er stößt auf jugendliche Individuen, welche eine verhältnismäßig gute, ihrer Altersstufe entsprechende, intellektuelle Entwicklung besitzen, jedoch anderweitige krankhafte Züge, z. B. auf dem Gebiete des Affektlebens darbieten; besonders auffällig ist bei vielen dieser Individuen die abnorm rasche Ermüdbarkeit oder die Widerstandslosigkeit gegen körperliche und geistige Anstrengungen. Der Sachverständige hat deshalb immer die Pflicht, genau den geistigen Zustand zur Zeit der Begehung einer Straftat festzustellen und den körperlichen und geistigen Einflüssen nachzuspüren, welchen das jugendliche Individuum zur Zeit der Begehung seiner Straftat ausgesetzt war. Bei Mädchen ist ein besonderes Gewicht auf die Zeit der Menstruation zu legen.

Gemäß des § 58 steht die strafrechtliche Beurteilung der Taubstummen auf gleicher Stufe mit den Jugendlichen im Sinne des § 56.

§ 51. „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung seiner Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Die ärztlichen Aufgaben, welche dem Sachverständigen auf Grund dieses Paragraphen zufallen, beschränken sich streng genommen nur auf die Feststellung, ob ein Angeschuldigter sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung befand. Die Frage nach der freien Willensbestimmung ist vom Richter zu beantworten. Es liegen aber hier die Verhältnisse ganz ähnlich, wie bei der praktischen Handhabung des § 56; fast durchweg wird der Sachverständige vom Richter auch danach befragt, ob die Bewußtlosigkeit oder der krankhafte Zustand der Störung der Geistestätigkeit die freie Willensbestimmung im vorliegenden Falle vernichtet hat. Der Arzt ist wohl befugt, die Beantwortung dieser Frage abzulehnen er wird aber meist in die Lage versetzt, sie nach seiner persönlichen Überzeugung zu beantworten, weil der Richter besonders bei schwieriger zu beurteilenden Geisteszuständen dieser Mitarbeit des Arztes gar nicht entraten kann, wenn er aus der Darstellung eines Krankheitsfalles die praktisch wichtige Nutzanwendung über die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten ziehen will.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Zustand von Bewußtlosigkeit im gesetzlichen Sinne kann als Teilerscheinung einer ausgesprochenen Geistesstörung vorhanden sein; dann wird der Sachverständige natürlich das Hauptgewicht auf die zugrunde liegende Geistesstörung und nicht auf den Bewußtseinszustand legen. Er wird deshalb nicht den juristisch formulierten Begriff der Bewußtlosigkeit, sondern die krankhafte Störung der Geistestätigkeit zur Grundlage seiner Beweisführung machen. Dagegen werden bei sonst geistig gesunden Personen unter dem Einfluß bestimmter Schädlichkeiten krankhafte Zustände beobachtet, — z. B. die akute Alkoholvergiftung (Trunkenheit)[1]) und andere Vergiftungen, die Fieberdelirien, die abnormen Zustände der Gebärenden, die Schlaftrunkenheit und das Nachtwandeln —, die dem Begriffe der Bewußtlosigkeit untergeordnet werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der juristisch-technische Begriff der Bewußtlosigkeit sich mit dem medizinischen der Bewußtseinsstörung annähernd deckt. Über die psycho-pathologischen Grundlagen und die klinischen Erscheinungen dieser Bewußtseinsstörung vgl. S. 14ff. In der Mitte zwischen diesen transitorischen Bewußtseinsstörungen bei sonst normaler geistiger Beschaffenheit und den ausgesprochenen Geistesstörungen stehen die großen diffusen Neurosen (Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie), bei welchen episodische Bewußtseinsveränderungen teils durch pathologische Affekterregungen verursacht, teils als paroxystische Krankheitsäußerungen des Grundleidens (hystero-somnambule Zustände, prä- und postparoxystische Bewußtseinsstörungen des Epileptikers, psychisch-epileptische Äquivalente) auftreten, während in den anfallsfreien Zeiten geistige Klarheit und Besonnenheit bestehen kann. Aber auch bei diesen Fällen wird man meist in der Lage sein, den Nachweis zu liefern, daß außerhalb dieser episodischen Krankheitszustände eine mehr oder weniger tiefgreifende Veränderung der psychischen Beschaffenheit vorliegt.

Einen viel breiteren Raum in der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit nimmt aber die Feststellung ein, ob eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit beim Angeschuldigten vorliegt. In erster Linie ist überhaupt die Frage zu lösen, ob eine ausgesprochene Geisteskrankheit im wissenschaftlich-medizinischen Sinne vorliegt zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung. Die weitere vom Richter vielfach erörterte Frage, ob die strafbare Handlung unmittelbar durch krankhafte geistige Vorgänge, durch ganz bestimmte krankhafte Motive verursacht sei, ist durchaus nicht immer vom Sachverständigen zu lösen, da uns vielfach die inneren Zusammenhänge zwischen den krankhaften Vorgängen verborgen bleiben. Schwierigkeiten erwachsen dem Sachverständigen in den Fällen, in welchen der Angeschuldigte zur Zeit der Begehung der Tat zwar geisteskrank war, zur Zeit der Verhandlung und Beobachtung aber wieder genesen ist. Der Arzt muß dann meistens auf Grund höchst lückenhafter Laienaussagen sich ein Urteil über die früher vorhandene Geistesstörung bilden. Eine weitere Schwierigkeit bieten die Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, bei welchen die Individuen gewissermaßen in der Mitte zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit stehen. Hierher gehören die geistig Beschränkten (Debilen), die mäßig schwachsinnigen Personen, vor allen diejenigen, bei welchen vorherrschend die ethische Entwicklung verkümmert ist (moralischer Schwachsinn, vgl. spez. Psychiatrie). Die Mehrzahl dieser „geistig minderwertigen Individuen" gehört zu der Gruppe der erblich Degenerierten, welche ein großes Kontingent der verbrecherischen Indi-

[1]) Vergleiche die im Abschnitt: Alkoholpsychosen gegebene Darstellung des pathologischen Rausches.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

viduen, insbesondere der Gewohnheitsverbrecher, liefern. Hier ist allein aus der verbrecherischen Lebensführung, aus der Unfähigkeit, sich in die sozialen Einrichtungen einzufügen, der Schluß auf eine Geistesstörung nicht zu ziehen. Vielmehr muß nachgewiesen werden, daß auf dem Boden der Krankheitsanlage außer der verbrecherischen, antisozialen Lebensführung sich noch andere ausgesprochene neuro- resp. psychopathische Merkmale entwickelt haben; wir verweisen hier wiederum auf die Darstellung der Krankheitsäußerungen konstitutioneller psychopathischer Veranlagung (S. 56: in der Erblichkeitslehre) und heben hier nur noch besonders die Zwangszustände (S. 27ff.) hervor, welche gar nicht selten die unmittelbare Ursache krimineller Handlungen sind (z. B. Sittlichkeitsdelikte). Die vorhin erwähnte Gruppe der Neuropsychosen bietet ebenfalls zahlreiche Beispiele für diese Grenzzustände dar; dabei muß hervorgehoben werden, daß es durchaus nicht angängig ist, alle Fälle von Epilepsie oder Hysterie in die Rubrik der Geisteskranken im Sinne des § 51 des BGB. einzustellen; vielmehr muß in jedem einzelnen Falle erst festgestellt werden, daß das epileptische oder hysterische Grundleiden zu einer tiefergreifenden krankhaften Veränderung dauernd geführt hat (z. B. epileptischer Schwachsinn), oder daß zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung unter dem Einfluß bestimmter schädigender Momente eine vorübergehende krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 vorhanden gewesen ist. Ist dem Sachverständigen dieser Nachweis nicht möglich, so muß er entweder die Zurechnungsfähigkeit im strafrechtlichen Sinne einfach zuerkennen oder aussprechen, daß er zwar das Bestehen einer Geisteskrankheit nicht feststellen könne, daß aber ebensowenig der Nachweis der vollen geistigen Gesundheit zur Zeit der Tat zu führen sei. Dann ist das Gericht immer noch gemäßig einer Reichsgerichtsentscheidung in der Lage, zugunsten des Angeklagten eine Entscheidung zu treffen.

Bei dieser Gelegenheit sei darauf aufmerksam gemacht, daß unser gegenwärtiges Strafgesetz den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, welcher bei vielen dieser Fälle angebracht wäre, nicht kennt. Es ist begründete Hoffnung vorhanden, daß die im Fluß befindliche Reform der Strafgesetzgebung diese Lücke ausfüllen wird. Es bleibt dem Arzt zurzeit vielfach nur übrig, bei der Beurteilung derartiger Grenzfälle die psychopathische Eigenart des Angeschuldigten, seine krankhafte Affekterregbarkeit, seine erhöhte Beeinflußbarkeit, seine exzessive Phantasietätigkeit (Pseudologia phantastica), seine Widerstandslosigkeit gegen Alkohol u. a. m. dem Richter zu unterbreiten und klar zu legen, daß diese Züge zweifellos krankhaft sind, aber nicht zu einer ausgesprochenen Geistesstörung geführt haben. Dann wird der Richter in der Lage sein, die Annahme mildernder Umstände zu verwerten. Schließlich bemerken wir, daß neben der krankhaften konstitutionellen Anlage auch während des Individuallebens erworbene „Minderwertigkeiten" zur Bildung solcher Grenzzustände führen können. So können langwierige körperliche Erkrankungen, Kopfverletzungen, chronische Vergiftungen mit Alkohol, Morphium, Kokain usw. eine Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und verringerte Widerstandskraft gegen strafbare Antriebe hervorrufen.

Auf andere Paragraphen des StGB., welche die Zuziehung eines psychiatrischen Sachverständigen bedingen können, kann hier nicht eingegangen werden, wir fügen sie der Vollständigkeit halber nur bei.

§ 176. Absatz 2: „Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer eine in einem willenlosen oder bewußtlosen Zustande befindliche oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht."

§ 177: „Mit Zuchthaus wird bestraft, wer . . . eine Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewußtlosen Zustand versetzt hat."

§ 224: „Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte . . . in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahre zu erkennen."

§ 225: „War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von 2 bis zu 10 Jahren zu erkennen."

B. Die zivilrechtliche Begutachtung des Geisteskranken.

Die Entmündigung (auf Grund des bürgerl. Gesetzbuches).

§ 6. Absatz 1. „Entmündigt kann werden: Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag". — Für den ärztlichen Sachverständigen kommt nur dieser Absatz 1. in Betracht, da die Zuziehung eines Sachverständigen bei Entmündigung wegen Verschwendung und Trunksucht gesetzlich nicht erforderlich ist. Doch wird unter Umständen der Arzt auch beim einfachen, nicht geisteskranken Trinker vom Richter zur Begutachtung herangezogen, um die vielfach schwierige Frage zur Lösung zu bringen, ob einfache Trunksucht, d. h. jener zweifellos krankhafte Zwang, zu trinken, besteht und in seinen körperlichen und geistigen Folgeerscheinungen nachweisbar ist, oder ob schon durch die Trunksucht tiefergreifende geistige Störungen verursacht sind (Alkohol-Psychosen). Im letzteren Falle wird die Entmündigung nicht wegen Trunksucht, sondern wegen Geisteskrankheit resp. Geistesschwäche in Frage kommen. Fassen wir die Begriffe der Geisteskrankheit und der Geistesschwäche näher ins Auge, so ist leicht erkennbar, daß sie im juristisch-technischen und nicht im medizinischen Sinne hier verwandt sind. Sie sollen nur graduelle Unterschiede wissenschaftlich feststehender Geistesstörungen zum Ausdruck bringen, nicht den Grund und die Art der geistigen Erkrankung (Moeli, A. Cramer). Sie gewinnen ihre volle Bedeutung erst durch die beigefügte Erklärung, daß der Psychisch-Kranke seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Ein volles Verständnis für diese graduellen Abstufungen der geistigen Störungen wird nur erlangt, wenn der § 104 des BGB. zur Unterscheidung der Geisteskrankheit und der Geistesschwäche mit herangezogen wird. Der Geisteskranke besitzt volle Geschäftsunfähigkeit. Diese tritt nach dem § 104 ein bei einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Der Geisteskranke wird hier hinsichtlich seiner Geschäftsfähigkeit dem Kinde unter 7 Jahren gleichgestellt. Der Geistesschwache im Sinne des Gesetzes ist dagegen dem Minderjährigen gleichgestellt und besitzt noch eine beschränkte Geschäftsfähigkeit. Der Sachverständige hat also in erster Linie festzustellen, ob eine schwere mit einer tiefgreifenden Zerrüttung der Geisteskräfte verbundene Geisteskrankheit vorliegt, welche dem Patienten jegliche Willensbestimmung unmöglich macht. Dann wird die Entmündigung wegen Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes notwendig sein. In allen denjenigen Fällen aber, in welchen eine so völlige Zerrüttung der geistigen Kräfte nicht vorliegt, wird nur der leichtere Grad der verminderten Geschäftsfähigkeit vorliegen und dementsprechend Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes anzunehmen sein. Auch bei der zivilrechtlichen Begutachtung hat streng

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genommen der Sachverständige in seinem Gutachten nur die Art und den Grad der geistigen Störung, sowie ihre Wirkung auf die Willenshandlungen des Exploraten dem Richter vorzutragen; die Entscheidung, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, muß der Richter auf Grund des vorgetragenen Materials treffen. Die praktische Handhabung dieser gesetzlichen Bestimmungen hat sich beim Entmündigungsverfahren aber so gestaltet, daß fast durchweg der Arzt befragt wird, ob die vorliegende Geistesstörung Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im gesetzlichen Sinne bedinge. Aber nicht allein die Feststellung der Geisteskrankheit oder Geistesschwäche genügt, wie wir gesehen haben, zur Entmündigung; der Patient muß außerstande sein, seine Angelegenheiten zu besorgen, und da ist es wichtig, zu wissen, daß darunter nicht nur die Vermögensangelegenheiten zu verstehen sind, sondern die Gesamtheit aller Beziehungen des einzelnen zu seiner Familie, seinem Vermögen und der Gesellschaft (E. Schultze).

Auf die rechtlichen Folgen der beschränkten Geschäftsfähigkeit des wegen Geistesschwäche Entmündigten kann hier nicht näher eingegangen werden, es sei auf die §§ 107—114 des BGB. verwiesen. Doch mag hier noch auf § 2229 Absatz 3 aufmerksam gemacht werden, nach welchem ein wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht Entmündigter ein Testament nicht errichten kann.

In allen jenen Fällen, in welchen der Sachverständige und der Richter nicht zu der Überzeugung gelangen, daß die Voraussetzung des § 6 selbst bei zweifellos vorhandener geistiger Erkrankung gegeben ist (z. B. bei Imbezillität mäßigen Grades oder bei umschriebenen geistigen Defekten der Hirnsyphilis oder nach Apoplexien), kann, um dem Patienten einen Schutz gegen materielle Ausbeutung zu gewähren, die Pflegschaft (vgl. § 1910 Absatz 2 des BGB.) errichtet werden. Im wesentlichen handelt es sich um den Nachweis, daß ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Auch bei leichten, beginnenden Geistesstörungen oder bei protrahiertem Rekonvaleszenzstadium sollte von dieser Form des Rechtsschutzes des Geisteskranken möglichst ausgiebig Gebrauch gemacht werden. Nach Entscheidungen des Reichsgerichts kann sogar für Geisteskranke, welche ihre Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermögen, eine Pflegschaft errichtet werden, selbst wenn nur für einzelne Angelegenheiten ein Pfleger zu bestellen ist.

Zum Schlusse sei auf § 1569 hingewiesen; dort sind die Bedingungen genauer formuliert, unter welchen die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit erfolgen kann. Er lautet: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist."

Es ist hier ausgesprochen:

1. Ehescheidung ist nur möglich, wenn Geisteskrankheit in juristisch-technischem Sinne vorliegt; ein wegen Geistesschwäche entmündigter Geisteskranker kann also nicht geschieden werden.

2. Die Geisteskrankheit muß mindestens 3 Jahre gedauert haben. Eine der wesentlichsten Aufgaben des Sachverständigen liegt in der Feststellung der Zeitdauer der Geisteskrankheit. Er hat auf Grund seiner

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erhebungen die Frage nach dem Beginn der geistigen Störung zu beantworten und nachzuweisen, daß ein- und dieselbe Krankheit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat. Nicht notwendig ist aber die Feststellung, daß diese Geisteskrankheit (im wissenschaftlich-psychiatrischen Sinne) schon 3 Jahre lang eine Geisteskrankheit im juristischen Sinne sei; sie braucht sich nur im Laufe dieser Zeit zu dieser Höhe entwickelt haben.

3. Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten muß aufgehoben sein: in dieser Bestimmung liegt die größte Schwierigkeit für den Sachverständigen. Denn die Ausschließung der geistigen Gemeinschaft ist eine weite und — man muß offen sagen — äußerst dehnbare Begriffsbestimmung. Man wird sich deshalb möglichst genau an die Judikatur des Reichsgerichts zu halten haben: „Damit (die Ausschließung der geistigen Gemeinschaft) ist offenbar eine höhere Gemeinschaft als das bloße Zusammenleben der Eheleute gemeint, nämlich eine solche, bei der diese zu gemeinsamen Denken und Fühlen befähigt sind." Es ist also viel zu weitgehend, wenn dieser Verlust der geistigen Gemeinschaft nur bei einer völligen Verblödung („geistiger Tod") angenommen wird. Es genügt schon, wenn der geisteskranke Ehegatte nicht mehr das Bewußtsein gemeinsamer Interessen und nicht mehr den Willen besitzt, sich in den Dienst dieser gemeinsamen Interessen zu stellen.

4. Endlich muß der Sachverständige aussprechen können, daß diese Ausschließung der geistigen Gemeinschaft eine dauernde ist. Hier ist die größte Vorsicht geboten; hochgradiger angeborener Schwachsinn oder ausgeprägte erworbene Verblödungen lassen diesen Schluß auf eine unheilbare dauernde Geisteskrankheit im Sinne dieser gesetzlichen Bestimmung mit Leichtigkeit zu, ebenso die organischen Gehirnerkrankungen mit fortschreitender Verblödung (Dementia paralytica, Dementia senilis, Dementia epileptica). Viel schwieriger sind die Fälle der alkoholistischen und hysterischen Geistesstörungen, sowie die paranoischen Zustände im Hinblick auf diese gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Wenn auch die Krankheitsdauer von 3 Jahren bei voll ausgeprägten, mit schwerer geistiger Verwirrtheit oder mit ausgesprochenen geistigen Schwächezuständen einhergehenden Fällen dieser Art eine größere Sicherheit gewährt, so darf doch nicht vergessen werden, daß Spätheilungen selbst bei schweren Geisteskrankheiten vorkommen. Es sind Fälle bekannt gegeben worden, in welchen sogar nach einem Anstaltsaufenthalt von 20 Jahren völlige Genesung eintrat (Kreuser). Wir haben hier eine Kranke mit anscheinend chronischer halluzinatorischer Erregung und ausgeprägter (sekundärer) Wahnbildung beobachtet, die nach schwerer Commotio cerebri (Sturz aus dem Fenster in selbstmörderischer Absicht) sich geistig völlig klärte und in der Folge andauernd von Halluzinationen befreit war. Die Krankheit hatte schon 6—7 Jahre ganz unverändert bestanden.

Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Spezielle Psychiatrie.

Die Manie.

Von

A. Westphal, Bonn.

Symptomatologie und Verlauf.

Wir verstehen unter Manie eine Geistesstörung, deren wesentliche Symptome in **heiterer Verstimmung** mit Neigung zu raschem **Stimmungswechsel, Erleichterung des Ablaufs der Vorstellungen, Ablenkbarkeit** der Aufmerksamkeit und vermehrtem **Bewegungsdrang** bestehen. Die Krankheit wird in der großen Mehrzahl der Fälle durch ein sich über Tage bis Wochen ausdehnendes Vorstadium eingeleitet, in welchem die Stimmung eine ängstlich gedrückte oder reizbare ist, unbestimmtes Krankheitsgefühl besteht, das Denken erschwert ist.

Von körperlichen Erscheinungen pflegt in dieser Zeit Appetit und Verdauung darnieder zu liegen, der Schlaf fängt an schlecht zu werden, Kopfschmertzen, Gefühl von Benommenheit, sowie mannigfache abnorme Sensationen an den verschiedensten Körperstellen treten auf. Dieses Initialstadium der Krankheit führt mitunter plötzlich, mitunter allmählich im Verlauf von Tagen bis Wochen in das Hauptstadium hinüber. Der Zustand des Kranken erscheint völlig verändert; die traurige, gedrückte Stimmung ist verschwunden, an ihre Stelle sind gesteigerte Gefühle der Lust, des körperlichen und geistigen Wohlbefindens getreten. Die heitere Stimmung ist aber häufig eine labile, sie macht nicht selten vorübergehend einem weinerlichen oder gereizten Verhalten Platz.

Während dem Kranken in dem Vorstadium der Krankheit jede Arbeit erschwert schien oder unmöglich war, fühlt er sich während der heiteren Exaltation leistungsfähiger und schaffensfreudiger als jemals. Seine eigene Lage, die ganze Welt erscheint ihm im rosigsten Lichte, er neigt zu prahlerischem Hervorheben und Uebertreiben seiner vermeintlichen geistigen oder körperlichen Vorzüge. Der Gesichtsausdruck ist heiter, ausgelassen, mitunter zornig oder gereizt, entsprechend der Stimmung, die mir ein Maniakus in diesem Stadium als „niederträchtig lustig" bezeichnete. An Stelle der vorausgegangenen Hemmung des Denkens ist eine deutliche, von dem Kranken angenehm empfundene Erleichterung des Vorstellungsablaufes getreten. Die in buntem Wechsel auftauchenden Ideen sind außerordentlich flüchtig, von sehr kurzer Dauer. Jeder Gedanke, jeder Einfall des Kranken wird sofort von ihm ausgesprochen. Die Kranken kommen bei ihren Reden vom Hundertsten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ins Tausendste, schweifen ab, sind nicht imstande, den Zielpunkt einer Vorstellungsreihe im Auge zu behalten. Die Ungeordnetheit des Gedankenganges wird noch gesteigert durch die Eigenschaft der Kranken, auffallenden äußeren Eindrücken aus ihrer Umgebung sofort ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, abzuspringen in ihrem Redefluß, um mit ihren sprachlichen Aeußerungen unmittelbar an das, was sie gerade hören oder sehen, anzuknüpfen. Diese erhöhte Beeinflußbarkeit und Ablenkbarkeit durch die verschiedenartigsten Reize ist ebenso wie die Neigung des Kranken zu Reimen, Wortwitzen, Alliterationen, zu den mannigfachsten Aehnlichkeitsassoziationen auf den erleichterten Vorstellungsablauf und die zwar lebhaft gesteigerte, aber außerordentlich unbeständige Aufmerksamkeit der Kranken zurückzuführen.

Die für die Manie charakteristische Störung des Gedankenganges, welche beruht auf der Flüchtigkeit und Ablenkbarkeit der Vorstellungen bei dem Fehlen bestimmter Zielvorstellungen, wird **Ideenflucht** genannt. Eine Probe manischer Ideenflucht geben folgende Nachschriften:

„Zuerst kommt der Staat und die Kirche, dann das Militär, dann die Seefahrer. Das Militär hat blanke Knöpfe. Ich bin Gegner von Nietzsche, Anti-Nietzsche . . . Die Zeit ist eine Erscheinung der Ewigkeit . . . Bebel hat recht, Harnack hat recht; die Tuberkulose entsteht durch Unsittlichkeit" oder „Am 1. Januar 1814 überschritt Blücher, der Husarengeneral, den Rhein. Husaren, was blasen die Trompeten, Ersatz Ziethen, 1870 hatten die Ulanen in einer Schlacht mit Frankreich die Entscheidung, der Interimsdom in Berlin ist der Schlußstein des Werkes von Rom — Franzosen mit roten Hosen, natürlich meine ich die roten Mützen damit, die Türken" usw.

Der vermehrte Bewegungsdrang, den wir als weiteres Kardinalsymptom der Manie bezeichneten, tritt in den meisten Fällen zunächst als ausgesprochener Mitteilungs- und Rededrang hervor. Alsbald pflegt sich die motorische Erregung auch nach anderen Richtungen bemerkbar zu machen. Das Mienenspiel, die Bewegungen werden lebhafter als in der gesunden Zeit. Die Kranken zeigen einen erhöhten Tätigkeitsdrang, fangen an auffallend viel zu schreiben, überschwängliche Briefe mit zahllosen Ausrufungszeichen und Unterstreichungen zu verfassen, in denen sich ihre gehobene Stimmung deutlich widerspiegelt.

Bei einem von mir beobachteten jugendlichen Maniakus sprach sich das gehobene Selbstgefühl in seinen Briefen zuerst darin aus, daß er den Anfangsbuchstaben von „ich" stets groß (J) schrieb.

Weiter werden unnötige Einkäufe gemacht, Geld verschwendet, nicht motivierte Reisen unternommen. Das gehobene Selbstgefühl, die allgemeine Steigerung der Erregbarkeit der Manie ist häufig mit einer Steigerung des Geschlechtstriebes verbunden, deren Folgen bei beiden Geschlechtern oft in auffallender Weise zutage treten, zumal die normalen Hemmungen fortfallen, „eine Nivellierung der im gesunden Zustand überwertigen Vorstellungsgruppen" einzutreten pflegt. Bei Männern ist dieser sexuelle Erregungszustand in der Regel mit einem gesteigerten Bedürfnis nach alkoholischen Exzitationsmitteln verbunden. Früher solide Familienväter tragen keine Scheu, übel berüchtigte Kneiplokale aufzusuchen, Verhältnisse mit zweifelhaften Frauenzimmern anzuknüpfen, während sich beim weiblichen Geschlecht die Erregung gewöhnlich in der gesteigerten Neigung zu kokettieren, sich zu putzen, erotische Gespräche zu führen, dokumentiert.

Während des Bestehens dieser Symptome können die besonnenen, nicht verwirrten Kranken ihrer Umgebung einen normalen Eindruck machen, da sie ein gutes Gedächtnis zeigen, mit sprudelndem Redefluß ihr Benehmen zu rechtfertigen wissen, Wahnvorstellungen oder Sinnes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

täuschungen nicht zu bestehen pflegen, so daß diese leichte Form der manischen Erregung (Hypomanie) früher mit dem Namen der „folie raisonnante“ (Geistesstörung mit dem Anschein der Vernünftigkeit oder Irresein ohne Verstandesstörung) bezeichnet wurde.

Das in der Regel blühende Aussehen dieser Kranken, der lebhafte Blick in Verbindung mit den schlagfertigen, auf Kosten der Umgebung witzelnden, scheinbar aus einer gesteigerten Beobachtungsgabe entspringenden Aeußerungen, läßt mitunter fälschlich auf eine besonders gute geistige Leistungsfähigkeit der Kranken schließen. Eine genauere Prüfung indessen lehrt, daß die Erleichterung des Vorstellungsablaufes keineswegs mit einer Vertiefung desselben Hand in Hand geht. Die schnippischen Bemerkungen und Witze dieser Kranken sind sehr oberflächlich, nichtssagend, das ideenflüchtige Geplauder läßt eine entschiedene Gedankenarmut erkennen, bewegt sich auf dem Gebiete der Klang- und Aehnlichkeitsassoziationen, erinnert an die Redeweise leicht angetrunkener Personen, mit denen die Kranken nicht selten verwechselt werden. Eine Einsicht in das Krankhafte ihres Zustandes ist bei den Patienten nicht vorhanden. Unter den körperlichen Symptomen ist die Störung des Schlafes die konstanteste und wichtigste Erscheinung. Der Schlaf ist schon bei diesen leichteren Erkrankungsformen unruhig und von zu kurzer Dauer. Die Nahrungsaufnahme ist bei der Hypomanie nicht selten eine reichliche, so daß während dieses Stadiums das Körpergewicht häufig ansteigt.

Von diesen leichteren Formen der Manie führen fließende Uebergänge zu den **schweren Formen** hinüber.

Die verschiedenartigsten graduellen Abstufungen der Schwere der Erkrankung finden sich nicht nur bei den verschiedenen Krankheitsfällen vor, sie kommen mitunter in verschiedenen Stadien einer einzelnen Erkrankung zur Beobachtung.

Die heitere Erregung erreicht bei den schwereren Fällen von Manie sehr hohe Grade. Die Kranken schwelgen förmlich in ihrem Glücks- und gehobenen Selbstgefühl. So sagte einer meiner Kranken: „Ich bin sehr lustig, die Gedanken schießen mir nur so durch den Kopf, ich habe Hohenzollerngedanken.“ Mannigfache Wahnvorstellungen, besonders Größen- und Ueberschätzungsideen pflegen aufzutreten. Die Kranken fühlen sich sehr reich, besitzen Millionen, die schönsten Schlösser, haben große Erfindungen gemacht, sind General, Feldmarschall usw. Weibliche Kranke besitzen Dutzende der feinsten Kleider, köstlichen Schmuck, zahlreiche niedliche Kinder, schöne Prinzen usw. Diese Wahnvorstellungen pflegen flüchtiger Natur zu sein, in ideenflüchtiger, abspringender Weise vorgebracht zu werden, um mit Nachlaß der heiteren Erregung abzublassen und zu verschwinden. Die Unbeständigkeit der Wahnvorstellungen geht schon daraus hervor, daß die Kranken in kurzen ruhigeren Intervallen, welche sich in die Zeit der Erregung einschieben, nicht selten die von ihnen vorgebrachten Größenideen als Scherze oder Einfälle mitunter in sich selbst ironisierender Weise behandeln.

Sinnestäuschungen können während des ganzen Verlaufs der Manie fehlen, wie fast regelmäßig bei den leichteren Verlaufsweisen (Hypomanie), in anderen Fällen sind sie bald vereinzelt, bald in reichlicherer Menge vorhanden. Halluzinationen und Illusionen des Gesichtssinns überwiegen bei manchen Kranken, aber auch die verschiedensten anderen Sinnestäuschungen kommen nicht selten zur Beobachtung. Die Kranken sehen Fratzen an den Wänden oder wechselnde Erscheinungen nicht selten erotischer Färbung, sie suchen nach Schlangen in den Betten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hören Schießen, Musik, Glockengeläute, sie werden elektrisiert, gespiegelt, riechen Schwefel, Phosphordämpfe, das Essen schmeckt nach Rattengift usw. Noch lebhafter wie bei der Mania mitis (Hypomanie) tritt bei den schweren Formen dieser Krankheit der Stimmungswechsel mit gesteigerter Reizbarkeit hervor. Ohne jede äußere Veranlassung oder bei dem geringsten Hindernis, welches dem Kranken in seinem Bewegungsdrang entgegentritt, schlägt häufig die expansiv heitere Stimmung in hochgradige zornmütige Erregung um. In diesen Wutausbrüchen verübt der Kranke rücksichtslose Angriffe auf seine Umgebung, zerschlägt, was ihm in den Weg kommt, eine Flut der gemeinsten Schimpfreden von sich gebend. Manche dieser Kranken sind durch ihr nörgelndes, mit allem unzufriedenes Wesen für ihre Umgebung besonders unangenehm und gehören durch ihre Neigung, andere Kranke zu verhöhnen, Unfrieden zu stiften, auf den Abteilungen zu den unleidlichsten Patienten. In einzelnen Fällen überwiegen die zornigen Affekte die heitere Erregung während längerer Phasen des Krankheitsverlaufes und werden diese Zustände als zornmütige Manie (Mania furiosa) bezeichnet. So können während der Manie Zeiten heiterster Erregung und jubelnder Stimmung mit Phasen wilden Tobens, Brüllens und Schreiens in mannigfacher Weise abwechseln. Auch die Wahnvorstellungen bewahren nicht immer ihren expansiven Charakter, machen bei ängstlicher und zorniger Erregung Verfolgungsideen oder hypochondrischen Vorstellungen vorübergehend Platz.

Der Bewegungsdrang, welcher sich in den Fällen leichter Manie noch in gewissen, an das normale Verhalten streifenden Grenzen hält, erfährt bei den schweren Formen die hochgradigste Steigerung bis zur „Tobsucht". Die Kranken tanzen und springen umher, sind keinen Augenblick ruhig, zerraufen sich die Haare, zupfen und ordnen an ihren Kleidern, gestikulieren. Bei vielen Kranken pflegen die Bewegungen von gewissen Vorstellungen und Stimmungen beherrscht zu werden; die Bewegungen haben etwas Theatralisches, sie scheinen bestimmte Empfindungen, Affekte, Absichten zum Ausdruck bringen zu wollen; so machen die Kranken drohende, abwehrende oder auch freudig begrüßende Bewegungen und Gebärden. In den schwersten Fällen ist die motorische Unruhe mitunter anscheinend eine regellose. Die Kranken wälzen sich herum, verdrehen den Rumpf, machen mit Armen und Beinen zappelnde, ungeordnete Bewegungen, die mit der choreatischen Bewegungsstörung Aehnlichkeit haben können (choreiforme Bewegungsunruhe).

In dem wilden, ungestümen Bewegungsdrang treten Bewegungen und Handlungen auf, welche auf die in diesem Stadium der Krankheit oft hochgradig gesteigerte sexuelle Erregbarkeit zurückzuführen sind. Oeffentliches Onanieren, Koitusbewegungen, bei Frauen Zerreißen der Kleider, Auflösen und Zerraufen der Haare, schamloses Entblößen vor männlichen Personen, wohl auch das Schmieren mit Kot, Urin, Menstrualblut, beständiges Ausspucken, werden mitunter durch ungezügelte sexuelle Antriebe hervorgerufen. Bemerkenswert ist, daß den Kranken bei der Leichtigkeit, mit der die motorischen Impulse erfolgen, jedes Ermüdungsgefühl zu fehlen pflegt, obwohl der übermächtige Bewegungsdrang mit kurzen Unterbrechungen monatelang bestehen kann.

Die schwereren, mit zahlreichen Sinnestäuschungen verlaufenden Fälle sind auf der Höhe der manischen Erregung nicht selten verwirrt — zeitlich und örtlich unorientiert. Die Kranken verkennen ihre Umgebung, glauben in Aerzten und Mitkranken alte Bekannte vor sich zu sehen. Oberflächliche, äußerliche Aehnlichkeiten spielen bei diesen Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kennungen häufig eine Rolle, in anderen Fällen handelt es sich wohl nur um die Neigung der Kranken zu scherzhaften Bemerkungen und Witzen. Die sinnlosen, inkohärenten Reden dieser Kranken werden als ideenflüchtige Verwirrtheit und das durch dieselbe charakterisierte Krankheitsbild als Manie mit Verwirrtheit oder als verworrene Manie bezeichnet.

Ein Beispiel ideenflüchtiger Verwirrtheit gibt folgende Probe:

„Blutstropfen wollte ich haben, da sind die Wege der Welt gerichtet. Wie viel karrätig? Wollen Sie mich verlassen. Sie sind kein Kater, eine gesunde Kehle, ein gesunder Leib und eine gesunde Seele. Tesla-Licht, Markoni. Sie haben wieder etwas telegraphiert, wenn Sie mich anspucken, sind Sie erlöst. Vater mir ist wieder so. Leonore fuhr ums Morgenrot — Katzenschwanz, sehen Sie wohl den Affen, Affenheilkunst, Affenmensch, la Paloma, die weiße Taube usw."

In diesen Stadien der manischen Erregung besteht häufig anhaltende Schlaflosigkeit; die Nahrungsaufnahme ist eine ungenügende, das Körpergewicht sinkt oft erheblich. In manchen Fällen wird Albuminurie oder Peptonurie beobachtet.

Infolge des andauernden Sprechens und Schreiens werden Lippen und Zunge der Kranken trocken, borkig, die Stimme heiser und rauh.

Allmählich, gewöhnlich unter mannigfachen Remissionen und Exazerbationen, pflegt die manische Erregung abzuklingen. Als erste günstige Erscheinung wird der Schlaf besser, die Nahrungaufnahme bei Nachlaß der motorischen Unruhe regelmäßiger und reichlicher. Die Kranken werden zunächst nur vorübergehend zugänglicher, besser zu fixieren, weniger ideenflüchtig und abschweifend in ihren Reden. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, wenn sie vorhanden gewesen sind, schwinden. Die Stimmung bleibt noch längere Zeit eine heitere, ausgelassene, nicht selten mit den Zeichen einer eigenartigen törichten Geschwätzigkeit (Moria), macht aber dann in der Regel einem veränderten, auffallend gedrückten Verhalten Platz. Die Kranken erscheinen in diesem Nachstadium der Manie weinerlich, reizbar, zu Zornesausbrüchen geneigt, fühlen sich außerordentlich matt, an Stelle der frohen Schaffensfreudigkeit ist ein verzagtes, kleinmütiges Wesen mit der Neigung zu allerhand Selbstanklagen getreten. Erst allmählich unter stetigem, oft recht erheblichem Ansteigen des Körpergewichts pflegt dieser depressive Zustand zu verschwinden und zur Genesung zu führen.

Die Dauer der manischen Erregung kann eine sehr verschiedene sein; in der Mehrzahl der Fälle zieht sie sich über eine Reihe von Monaten hin, aber auch eine Dauer von einem oder mehreren Jahren gehört nicht zu den ungewöhnlichen Vorkommnissen.

Prognose und Ausgänge.

Bei der Stellung der Prognose der Manie ist die Frage nach dem Ausgang der einfachen Manie, wie wir sie geschildert haben, streng von der Frage, ob dauernde Heilung zu erwarten oder Neigung zu Rezidiven besteht, zu trennen und folgende Gesichtspunkte hierbei im Auge zu behalten:

Die Manie ist diejenige Geisteskrankheit, welche wohl von allen Psychosen die größte Neigung zu Wiederholungen besitzt. Nur in seltenen Fällen bleibt es bei einem einmaligen Anfall im Leben bewendet, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen kommt es in längeren Zwischenräumen zu Rezidiven oder aber es treten häufige Anfälle, bald in regelmäßigen Intervallen, bald in unregelmäßig miteinander abwechselnden Perioden geistiger Gesundheit und Krankheit auf (vgl. Kapitel „Periodische Geistesstörungen"). Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einzelne Erkrankung als solche bietet für völlige Herstellung die besten Aussichten dar. Mit wenigen Ausnahmen pflegt der Anfall von Manie nach längerer oder kürzerer Zeit in Genesung überzugehen. Die Ausnahmen werden zunächst durch Fälle gebildet, bei denen der Tod durch zufällige Komplikationen, durch Erschöpfung oder durch Verletzungen eintritt, welche sich die Kranken auf der Höhe der tobsüchtigen Erregung und Verwirrtheit unter Umständen zuziehen können. Bei der Schwierigkeit der chirurgischen Behandlung stark erregter und unreiner Kranken geben mitunter schon leichte Verletzungen den Ausgangspunkt einer allgemeinen septischen Infektion. Es führen ferner in manchen Fällen Kontusionen, die mit Zerstörungen des Fettgewebes oder Eiterungen einhergehen, zum Tode durch Fettembolie der feineren Lungengefäße.

Der Ausgang der Manie in geistige Schwächezustände, welche die Bezeichnung Demenz verdienen, ist ein sehr seltener; etwas häufiger kommen Fälle vor, die eine leichte Abnahme der geistigen Fähigkeiten der Urteilskraft und des Gedächtnisses dauernd aufweisen, keine Krankheitseinsicht zeigen und in abgeblaßten Farben manische Symptome noch lange Zeit erkennen lassen. Das läppische ideenflüchtige Faseln dieser Kranken bei leichter motorischer Unruhe erinnert mitunter an die beim Abklingen der manischen Erregung vorkommenden moriaartigen Krankheitsphasen. Eine Verwechslung dieser Zustände kann zu prognostischen Irrtümern Veranlassung geben. Man tut gut, in der Annahme eines sekundären schwachsinnigen Zustandes bei der Beurteilung auch sich über lange Zeit erstreckender Manien recht vorsichtig zu sein, da die Erfahrung lehrt, daß selbst Manien nach jahrelangem Bestehen keine Intelligenzdefekte aufzuweisen brauchen.

Eine besondere, seltene Verlaufsart der Manie, deren Entstehung aus der „akuten, reinen Manie" nicht allgemein anerkannt ist, die chronische Manie, stellt den Ausgang der Krankheit in einen völlig stabilen Zustand dar, der die Symptome der manischen Erregung in der Regel in ihrer leichteren Form bis zum Lebensende ohne wesentliche Intelligenzdefekte erkennen läßt.

So beobachtete ich eine Kranke, die seit über 10 Jahren das ausgesprochene Krankheitsbild der Manie ohne Uebergang in Demenz zeigte. Bemerkenswerterweise war die Mutter dieser Patientin nach siebenjähriger Psychose (wahrscheinlich Manie) völlig genesen und hatte ein hohes, gesundes Alter erreicht.

Aetiologie.

Eine sehr wesentliche Rolle in der Aetiologie der Manie kommt der hereditären Anlage, sowohl einer allgemeinen Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems in der Familie, wie der gleichartigen Vererbung zu. Wenn nun auch in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen hereditäre Belastung vorliegt, gibt es zweifellos Erkrankungen an Manie, in denen eine erbliche Anlage nicht nachweisbar ist. Nicht selten kommt die Erkrankung im Anschluß an psychische oder körperliche Schädlichkeiten der verschiedensten Art zum Ausbruch. Unter den psychischen Einflüssen sind starke Gemütserschütterungen, Schreck, geistige Ueberanstrengungen von Bedeutung, unter den somatischen Schädlichkeiten werden Traumen des Kopfes, Insolationen, auch Herzkrankheiten beschuldigt. Der Einfluß der akuten Infektionskrankheiten sowie von Inanitionszuständen auf die Entstehung der Manie ist vielfach überschätzt worden, wenn auch diese Schädlichkeiten in manchen Fällen dem Ausbruch einer Manie vorausgehen können. Nicht zweifelhaft ist es, daß die mannigfachen, mit dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geschlechtsleben des Weibes zusammenhängenden körperlichen Zustände (Menstruation, Wochenbett, Laktation) den Anstoß zur Entstehung der Manie in einer Reihe von Fällen geben. Vielleicht ist hierauf der Umstand, daß Frauen häufiger als Männer an Manie erkranken, zurückzuführen. Begünstigt scheint der Ausbruch der Krankheit durch das Zusammentreffen mehrerer der erwähnten Schädlichkeiten zu werden.

Von den Altersstufen wird das jugendliche Alter (15 bis 25 Jahre) von der Manie in ausgesprochener Weise bevorzugt, es wurden aber schon Fälle dieser Erkrankung bei Kindern unter 12 Jahren beobachtet.

Der Beginn einer Manie als erster Anfall in den mittleren Lebensjahren und den höheren Altersstufen gehört zu den Ausnahmen.

Diagnose.

Praktisch ist bei der völlig verschiedenen Prognose beider Krankheiten die Trennung der Manie von den Erregungszuständen im agitierten Stadium der Dementia paralytica von größter Wichtigkeit. Die Merkmale der zunehmenden geistigen Schwäche, welche alle psychischen Symptome der Paralyse beherrschen, geben uns, in Verbindung mit dem Nachweis von körperlichen Lähmungserscheinungen der Paralyse, die Möglichkeit, die manische und paralytische Exaltation, welche einander äußerlich sehr ähnlich verlaufen können, zu unterscheiden.

Während der Größenwahn des Maniakus mit der heiteren Erregung Hand in Hand geht, auf der Höhe derselben mitunter sehr weitgehende Dimensionen annehmen kann, um mit dem Nachlassen der Euphorie zu verschwinden, tragen die Größenvorstellungen des Paralytikers von vornherein den Stempel der geistigen Schwäche. Schon bei leichter Erregung werden die allerunsinnigsten, phantastischen Größenvorstellungen oft in eigentümlich affektloser Weise vorgebracht; es können ferner dem Kranken mit Leichtigkeit beliebige Größen- oder auch Kleinheitswahnvorstellungen fast gleichzeitig suggeriert werden. Diese erhöhte Suggestibilität in Verbindung mit großer Lenkbarkeit des Patienten tritt in vielen Fällen von Paralyse in auffallenden Gegensatz zu dem selbständigeren, lebhaften und humorvollen Wesen des Maniakus hervor, der seine Größenideen in mehr scherzender Weise vorzubringen pflegt. Gesellen sich dem dementen Größenwahn noch andere Zeichen geistiger Schwäche, besonders Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, hinzu, so wird die Diagnose eines paralytischen Erregungszustandes sehr wahrscheinlich. Der eigentümlich stumpfe, leere Gesichtsausdruck, den Paralytiker oft trotz bestehender Erregung zeigen, kann, im Gegensatz zu dem belebten Mienenspiel des Maniakus, auch für die Diagnose „Paralyse“ in die Wagschale fallen. Gesichert wird dieselbe durch den gleichzeitigen Nachweis von körperlichen Lähmungssymptomen (vgl. Kapitel „Paralyse“), unter denen an Wichtigkeit die erste Stelle einnehmen die Sprachstörung (Silbenstolpern, hesitierende, verwaschene Sprache), reflektorische Pupillenstarre oder träge Reaktion der Pupillen und Fehlen der Kniephänomene.[1]) Hat die eingehende körperliche Untersuchung, die bei erregten Kranken nicht selten auf große Schwierigkeiten stößt, den Nachweis auch nur eines der erwähnten Symptome in unzweifelhafter Weise ergeben, und sind andere Erklärungen für diese

[1]) Die Steigerung der Sehnenreflexe ist ebenfalls von großer diagnostischer Bedeutung, jedoch nicht so eindeutig, wie das Fehlen derselben, da Steigerungen der Sehnenreflexe auch bei nicht organisch bedingten Psychosen zur Beobachtung kommen. (Siehe Kapitel Paralyse „Verhalten der Sehnenreflexe“.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anomalien (z. B. neuritische Affektionen für das Fehlen der Kniephänomene) auszuschließen, so muß die Annahme einer einfachen Manie fallen gelassen, und die Diagnose eines paralytischen Erregungszustandes gestellt werden.

In vielen Fällen ist eine genaue Anamnese für die Stellung der Diagnose von größtem Wert, da sich die Manie in ganz anderer Weise zu entwickeln pflegt, wie die Paralyse (vgl. Kapitel „Paralyse"). Ein manischer Erregungszustand bei früher psychisch gesunden, syphilitisch infizierten Männern in den besten Jahren (30.—50. Lebensjahr) wird den Verdacht auf Paralyse lenken, wenn natürlich auch im Auge behalten werden muß, daß ein Syphilitischer an einer einfachen Manie erkranken kann.

Die Verschiedenheit der Vorhersage des Ausganges der Krankheit ist es auch, welche der Unterscheidung der Manie von den Erregungszuständen der Katatonie (vgl. Kapitel „Katatonie") eine besondere Bedeutung verleiht und eine Kenntnis der differential-diagnostisch wichtigen Punkte erfordert.

Während die Stimmung des Maniakus eine ausgesprochen heitere oder auch reizbare, auf jeden Fall affektbetonte ist, erscheint die Stimmungslage des Katatonikers oft trotz hochgradiger äußerer Erregung auffallend gleichgültig und indifferent. Der manische Kranke zeigt für seine Umgebung lebhaftes, wenn auch oberflächliches Interesse, hat eigene Initiative, knüpft an seine Wahrnehmungen an, macht witzelnde Bemerkungen über ihm auffallende Aeußerlichkeiten, der Katatoniker hingegen nimmt keine Notiz von seiner Umgebung, sieht und redet den Arzt nicht an, obwohl er die Vorgänge um sich herum gut aufzufassen vermag. Sogar bei hochgradiger Erregung kann ungetrübte Orientierungsfähigkeit bei dieser Krankheit erhalten bleiben, während manische Kranke auf der Höhe der Erregung mehr oder weniger ausgesprochene Störungen der Auffassung zu zeigen pflegen. Die Bewegungen des Maniakus werden, wenn man von den schwersten Fällen manischer Verwirrtheit absieht, von gewissen Vorstellungen beherrscht, lassen bestimmte Antriebe erkennen, sind wechselvoll, mannigfaltig (**Tätigkeitsdrang**). Der **Bewegungsdrang** des Katatonikers hingegen erscheint völlig unverständlich, unsinnig, seine Bewegungen haben etwas Zwangsmäßiges, Eintöniges, bekommen ein eigentümliches Gepräge durch Stereotypien, zwecklose Wiederholungen, Manieren. In den ideenflüchtigen Reden des Maniakus ist häufig noch ein gewisser Sinn zu erkennen, während die Katatoniker zusammenhanglose Worte (Verbigeration) oder Silben in eintöniger Weise wiederholen und ein vollendetes Kauderwelsch („Wortsalat") oft schon bei verhältnismäßig leichter äußerer Erregung vorzubringen pflegen. Bei Berücksichtigung der Gesamtheit dieser Merkmale wird es mitunter bald gelingen, die manische von der katatonischen Erregung zu unterscheiden, während in anderen Fällen erst längere Beobachtung des Krankheitsverlaufes ein Urteil ermöglicht. Besondere Schwierigkeiten für die Diagnose können die manischen Erregungszustände Imbeziller darbieten, die in ihrem läppischen Gebaren mitunter der katatonischen Erregung sehr ähnlich sehen, doch wird die Anamnese in diesen Fällen den richtigen Weg weisen.

Von Zuständen der halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) ist die Manie in ihren leichteren Formen durch ihre gute Auffassungsfähigkeit, durch ihre vorwiegend heitere Stimmung mit ausgesprochener Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel und durch ihre Schlagfertigkeit, bei dem Fehlen einer tiefen, traumhaften Bewußtseinsstörung, dem Zurücktreten von Sinnestäuschungen leicht zu trennen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sehr erhebliche und nicht in allen Fällen zu überwindende Schwierigkeiten können hingegen bei der Unterscheidung der verworrenen Manie von der Amentia auftreten, da eine Reihe von Symptomen, Verwirrtheit, illusionäre Verfälschung der Sinneswahrnehmungen, mannigfache Halluzinationen, Ablenkbarkeit, Ideenflucht, motorische Unruhe mit lebhaftem Stimmungswechsel, beiden Krankheiten gemeinsam sind. Indessen pflegt die Bewußtseinstrübung bei der Manie keine so tiefe und vor allem nicht so anhaltende zu sein wie bei der Amentia. Während bei der Manie auf der Höhe der Erregung die Störungen der Auffassung und Denktätigkeit am hervortretendsten sind, um bei Nachlaß der Erregung zu verschwinden, überdauert bei der Amentia die Bewußtseinstrübung in der Regel die Erregung und kann noch bei äußerlich völlig ruhigem Verhalten des Patienten sehr deutlich längere Zeit nachweisbar sein. Es kann ferner der raschere Anstieg der Erregung bei der halluzinatorischen Verwirrtheit unter Umständen zur Unterscheidung von der Manie, welche langsamer ihren Höhepunkt zu erreichen pflegt, aber eine größere Stetigkeit des Affekts aufweist, verwertet werden. Wenn es nun auch in einer Reihe von Fällen gelingt, an der Hand dieser Merkmale bei Berücksichtigung der ätiologischen Momente (vgl. Kapitel „Amentia") die in Frage stehenden Krankheitsformen zu trennen, wird dennoch eine Zahl von Fällen übrig bleiben, in der sich eine solche Scheidung auf symptomatologischem Wege ungezwungen nicht bewerkstelligen läßt. Diese Beobachtungen haben zu der Annahme von Uebergangsfällen, sowie Mischformen von Manie und Amentia geführt mit den Bezeichnungen der „Manie mit Verwirrtheit" resp. „maniakalischer Verwirrtheit", je nachdem die eine oder andere Erscheinung in dem Krankheitsbilde vorherrscht.

Die Unterscheidung der Manie von den mannigfachen, auf dem Boden der Epilepsie entstehenden Erregungs- und Verwirrtheitszuständen (vgl. Kapitel „Epilepsie"), die manische Symptome in mehr oder weniger großer Deutlichkeit mitunter erkennen lassen, wird in erster Linie auf der Feststellung epileptischer Antezedentien in der Anamnese beruhen, ferner den eigenartigen Verlauf der epileptischen Psychosen mit ihrer vorwiegend ängstlichen Erregung bei traumhaft verändertem Bewußtsein, sowie den Nachweis von Erinnerungsdefekten für das während der Erregung Geschehene, im Gegensatz zu der meist intakten Erinnerung bei der Manie, zu berücksichtigen haben. Besondere Aufmerksamkeit in der Beurteilung erfordern sehr seltene epileptische Psychosen, die sich zunächst als Zustandsbilder symptomatologisch von der Manie in keiner Hinsicht unterscheiden (epileptische Manie); ein auffallendes Haftenbleiben einzelner Vorstellungen in dem Redefluß der Kranken scheint für manche dieser Fälle charakteristisch zu sein und ihr ideenflüchtiges Sprechen von der manischen Ideenflucht zu unterscheiden.

Aus dem Zustandsbilde sichere diagnostische Schlüsse zu ziehen, ob eine einfache oder periodische Form der Manie vorliegt, sind wir nicht imstande. Jugendliches Alter des Patienten, rascher Anstieg der Krankheit bei nur leichter Ausbildung der Symptome machen, wie wir bei Besprechung der periodischen Psychosen näher ausführen werden, einen periodischen Verlauf in hohem Grade wahrscheinlich.

Therapie.

Die therapeutischen Maßnahmen haben in erster Linie die Aufgabe, den Kranken sowie dessen Umgebung vor den schädlichen Folgen, welche unmittelbar aus der Erregung des Kranken erwachsen können, zu schützen. Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist es, den Kranken, sobald die Manie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erkannt ist, aus seinen gewohnten Verhältnissen heraus in eine Umgebung zu bringen, die einerseits alle Garantien für den Schutz des Kranken bietet, andererseits darauf eingerichtet ist, äußere Reize und Schädlichkeiten, welche steigernd auf die Erregung des Patienten wirken, von ihm fern zu halten. In den weitaus meisten Fällen ist die **geschlossene Anstalt** hierfür der geeignetste Ort. Die Behandlung in offenen Heilanstalten oder Sanatorien wird nur ganz ausnahmsweise in Fällen leichter Erregung in Betracht gezogen werden können. Gutes Zureden von den Verwandten, Beschränkungen der Freiheit im Hause pflegt in der Regel das Gegenteil von der beabsichtigten Wirkung hervorzurufen, den Kranken noch erregter und widerspenstiger zu machen. Außerdem geht bei solchen Versuchen nicht selten die beste Zeit der Heilung der Krankheit verloren, welche gerade in den Initialstadien der Behandlung am zugänglichsten ist. Ist der Kranke in der geschlossenen Anstalt untergebracht, dann wird in erster Linie der Versuch gemacht werden, durch **Bettruhe** den Beschäftigungs und Bewegungsdrang des Kranken einzuschränken. In einer ganzen Reihe von Fällen leichter manischer Erregung läßt die motorische Unruhe bei Bettbehandlung, die besonders von schwächlichen und körperlich heruntergekommenen Individuen oft wohltuend empfunden wird, nach und macht allmählich einem geordneten Verhalten Platz. In Fällen stärkerer Erregung, bei der es häufig nicht gelingt, die Kranken im Bett zu halten, tritt die **Bäderbehandlung** in ihr Recht. Wir besitzen in den prolongierten und den Dauerbädern ein Mittel, welches auf die manische Erregung entschieden beruhigend wirkt und außerdem durch das Erhalten der Reinlichkeit, Verhüten von Decubitus nicht geringe Vorteile bietet. Die ununterbrochene Dauer der Bäder (26—29° R steigend) kann von einigen Stunden bis auf Tage und Wochen ausgedehnt werden; während des Bades sind kühle Kompressen des Kopfes anzuwenden. Zweckmäßig ausgeführte feuchte Einpackungen an Stelle dieser Bäder wirken besonders bei leichten Fällen manischer Erregung oft günstig, so daß die Kranken wieder Ruhe zum Essen und Schlaf finden. In Fällen besonders starker Erregung, bei denen auch die Bäderbehandlung im Stich läßt, besitzen wir in dem **Scopolaminum** (hydrobromicum), identisch mit Hyoscinum (hydrobromicum), dasjenige Mittel, welches bei der medikamentösen Behandlung der manischen Erregung den ersten Platz einnimmt und durch seine prompte Wirkung subkutan in allmählich steigenden Dosen von 0,0005—0,001 gegeben (event. mehrmals täglich bis 0,002 pro die) besonders dann am Platze ist, wenn rasche Beruhigung durch die Verhältnisse indiziert ist.

Von anderen beruhigenden Mitteln kommen noch die Brompräparate und das Opium in Betracht. Letzteres in allmählich steigender Dosis zu geben, ist für die Behandlung von Fällen protrahiert verlaufender Manien empfohlen werden. Erhebliche Schwierigkeit macht oft die Behandlung der andauernden Schlaflosigkeit bei der Manie. In Fällen leichterer Erregung kommt man mit prolongierten lauwarmen Bädern, Aufenthalt und Bewegung im Freien, event. in Verbindung mit Schlafmitteln, wie Trional (0,5—2 g), Sulfonal (1—2 g), Veronal (0,5—1 g), Proponal (0,3—0,5), Paraldehyd (3,0—5,0 g) nicht selten zum Ziel. Wenn diese Mittel ohne Wirkung bleiben, wie es bei Fällen tobsüchtiger Erregung fast stets der Fall ist, gibt man Chloralhydrat (1—2 g), ein Mittel, welches besonders in Verbindung mit Morphium (0,01 g) (event. als Klystier in schleimiger Einhüllung) auch bei schwerer Erregung und Schlaflosigkeit in vielen Fällen von gutem Erfolg begleitet ist.

Die Ernährung des manischen Kranken muß auf das sorgfältigste geregelt und überwacht werden, in Fällen hochgradiger Erregung ist mit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter flüssige Diät (vorwiegend Milch mit Eiern) erforderlich. Alle erregenden Getränke, besonders Alkohol, sind zu vermeiden! Schlundsondenfütterung wird nur in seltenen Fällen geboten sein.

Es bedarf keiner besonderen Ausführung, daß in dem zweckmäßigen Wechseln und Kombinieren der angeführten Mittel (z. B. der Bäderbehandlung mit Schlafmitteln), sowie der Anpassung der Behandlungsmethode an die oft während des Krankheitsverlaufes sehr wechselnden Intensitätsgrade der Erregung eine der Hauptaufgaben des Arztes liegt. Bei der psychischen Behandlung des manisch erregten Kranken ist vor allem seine große Reizbarkeit zu berücksichtigen.

Ruhiges, freundliches Entgegenkommen, wenn nötig einmal Eingehen auf die Scherze und Bemerkungen des Patienten, Vermeiden schroffer Zurechtweisungen, wird Zornesausbrüchen des Kranken am besten vorbeugen, seine Behandlung wesentlich erleichtern.

Forensisch wichtig sind vor allem die leichteren Formen der Manie (Hypomanie), bei denen die geistige Störung nicht sofort in die Augen fällt. Das gehobene Selbstgefühl in Verbindung mit der gesteigerten Reizbarkeit und der vermehrten libido sexualis dieser Kranken führt nicht selten zu Konflikten mit dem Strafgesetz.

Zivilrechtlich ist der Trieb zu unverhältnismäßigen Ausgaben, zur Errichtung sinnloser Testamente von Bedeutung. Eine Entmündigung ist meist wegen des raschen Ablaufes der Psychose nicht nötig.

Literatur.

Außer den Lehrbüchern und Grundrissen der Psychiatrie von Arndt (1883), Griesinger (4. Aufl. 1876), v. Krafft-Ebing (7. Aufl. 1903), Mendel (Ebstein-Schwalbe, Bd. V, 1902, Kirchhoff (1899), Kraepelin (6., 7. u. 8. Aufl. 1899, 1904 und 1913) Schüle (3. Aufl. 1896), Wernicke (1900), Ziehen (2. Aufl. 1902), dem Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie (hrsg. von Hoche 1901) und Cramers Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie (3. Aufl. 1903) folgende Arbeiten:

Aschaffenburg, Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen. Psychologische Arbeiten. IV. Bd., 2. H.

Heilbronner, Ueber epileptische Manie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII.

Jolly, Behandlung der Manie mit Opium. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XLIV.

Magnan, Psychiatrische Vorlesungen: Ueber Manie, 1893, 6. H.

Mendel, Die Manie, eine Monographie (1881).

Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen. Archiv für Psych., Bd. XXXII.

Nitsche, Ueber chronisch-manische Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1910.

van Erp Taalman Kip, Akute Manie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. VI.

Pfister, Die Behandlung des Irreseins im allgemeinen. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten (hrsg. von Penzoldt u. Stintzing), 3. Aufl., Bd. LIV.

Raecke, Manie, Melancholie, Stupor (nebst Stellung dieser Krankheitsform in foro) Handbuch der ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit. 1909.

Saiz, Untersuchungen über die Aetiologie der Manie usw. Berlin, S. Karger. 1907.

Siefert, Ueber chronische Manie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.

Siemerling, Ueber Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Die deutsche Klinik 1903.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Melancholie.

Von

A. Westphal, Bonn.

Symptomatologie und Verlauf.

Die Melancholie ist eine Psychose, deren wesentliche Symptome in einer nicht genügend motivierten **traurigen Verstimmung** (Depression) und **Denkhemmung** bestehen, bei welcher ferner Wahnideen im Sinne der **Minderwertigkeit**, des **Kleinheitswahnes** eine hervorragende Rolle spielen. Wir unterscheiden nach der Höhe der Affektstörung eine leichtere einfache Form der Melancholie (Melancholia simplex) von den schweren Graden dieser Krankheit, der Angstmelancholie (Melancholia agitata).

Als eine besondere klinische Form wird vielfach die durch hochgradige Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichnete „Melancholia stupida" oder „attonita" angeführt.

Die Krankheit entwickelt sich allmählich, wird häufig eingeleitet durch ein sich über Wochen oder Monate erstreckendes Vorstadium, in welchem die Kranken über Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, allgemeine Mattigkeit klagen. Diese Beschwerden pflegen von der Umgebung nicht sonderlich beachtet zu werden, bis sich dann, in der Regel ziemlich plötzlich, deutliche Symptome der Geistesstörung bemerkbar machen.

Ohne daß ein hinreichender Grund vorliegt, nicht selten unter den glücklichsten Verhältnissen, bemächtigt sich des Kranken eine tiefe, andauernd traurige Verstimmung. Seine Umgebung, die ganze Welt kommt ihm verändert vor, erscheint ihm in den schwärzesten Farben. Nichts kann in ihm mehr eine freudige Empfindung erwecken, durch alle Ereignisse und Beschäftigungen werden traurige Saiten in seinem Innern angeschlagen. Besonders pflegt Musik, auch wenn sie von dem Patienten in seinen gesunden Tagen mit Vorliebe gepflegt wurde, schmerzsteigernd zu wirken. Die Patienten klagen oft über das Gefühl „innerer Leere", sie hätten „einen Stein an Stelle des Herzens in der Brust", die Mutter vermag ihre Kinder nicht mehr mit der früheren Zärtlichkeit zu lieben; das Gebet kann nicht mehr mit der nötigen Andacht verrichtet werden, hört man von religiösen Kranken klagen.

„Das, was mir sonst das Liebste ist, mag ich gerade am wenigsten sehen . . . ich habe kein Gefühl mehr für Recht und Unrecht . . . ich bin ganz hohl, bis obenhin zugeknöpft", sagte eine meiner Patientinnen.

Dieses Gefühl der inneren Erkaltung und Leere wird nicht selten zu einer Quelle mannigfacher Selbstvorwürfe für den Patienten, zumal die traurige Verstimmung stets von einer Verlangsamung und Hemmung des Denkens und Handelns begleitet wird, welche dem Patienten jede Arbeit erschweren, sich störend bei jedem Versuch einer Beschäftigung bemerkbar machen. Die Hausfrau wird mit ihrer Wirtschaft nicht mehr fertig, der Beamte kann den Anforderungen des gewohnten Dienstes nicht mehr genügen. Es kommt hinzu, daß allmählich auch die Initiative völlig verloren geht, so daß die Patienten infolge ihrer krankhaften Willenlosigkeit (Abulie) unfähig auch zu den leichtesten Beschäftigungen werden, und schließlich das An- und Ausziehen, Wechseln der Kleider, selbst die Einnahme der Mahlzeiten die größten Schwierigkeiten bereitet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Ich muß immer darauf gestoßen werden, was ich tun soll, meine Kraft ist ganz hin . . . es ist mir alles zuwider, ich kann doch nichts anfassen, es ist mir, als ob eine Hand mich zurückstieße", schilderte eine Patientin diesen Zustand.

Auch dieses Gefühl der „subjektiven Insuffizienz" wird von den Kranken schmerzlich und häufig als ein selbstverschuldeter Fehler empfunden.: So sehen wir schon bei den leichten Formen der Melancholie (Melancholia simplex), wie sich aus der traurigen Verstimmung heraus Versündigungsideen entwickeln können. In allen schwereren Fällen verbindet sich mit der Depression ein mehr oder weniger ausgeprägtes Angstgefühl, welches von den Kranken sehr häufig in die Herzgegend (Präkordialangst), aber auch in die verschiedensten anderen Körperteile (Kopf, Unterleib) lokalisiert wird und von ihnen als Herzensangst, innere Angst oder heiße aufsteigende Angst bezeichnet zu werden pflegt.

Diese Angstempfindungen werden mitunter von den Kranken in mannigfacher Weise wahnhaft gedeutet, als Folge oder Strafe früherer Vergehen aufgefaßt.

So sagte mir eine melancholische Patientin:

„Ich muß büßen, ich bin nicht wert, angespuckt zu werden, ich bin weniger wie ein Stück Vieh. Ich habe meinen Mann belogen, die ganze Familie ins Unglück gebracht. Ich selbst gehöre ins Gefängnis, muß geschlachtet, hingerichtet werden."

Irgendeine Lüge aus der Schulzeit, Onanie, versäumter Kirchenbesuch usw., Dinge, an die Patient in seinen gesunden Tagen nicht mehr dachte, erscheinen ihm in seiner Verstimmung als schweres Verbrechen, für das er jetzt büßen muß. Aus Erklärungsversuchen der krankhaft veränderten Gefühle läßt sich demnach die Entstehung von Versündigungsideen in einer Reihe von Fällen ableiten, während man sich in anderen Fällen, in denen dieser Nachweis nicht möglich ist, begnügen muß, nahe, aber uns ihrem Wesen nach unbekannte Beziehungen zwischen der traurigen Verstimmung und dem Versündigungswahn anzunehmen.

Die melancholischen Wahnvorstellungen sind mannigfacher Art und können in ihrer Gesamtheit als Vorstellungen der Minderwertigkeit bezeichnet werden. Neben den Versündigungsideen kommen Verarmungsvorstellungen, sowie hypochondrische Wahnideen besonders häufig zur Beobachtung.

Die Kranken werfen sich vor, schlecht gewirtschaftet, zu viel Geld ausgegeben zu haben: „Alles ist dahin, nicht mehr ein Stück Brot da zum Essen, der Hungertod die Strafe." In vielen Fällen treten hypochondrische Vorstellungen auf, bisweilen nur vereinzelt, in anderen Fällen aber sehr zahlreich, so daß sie das ganze Krankheitsbild beherrschen und man diese Zustände „hypochondrische Melancholie" genannt hat. Die hypochondrischen Vorstellungen haben die verschiedenartigsten Organe des Körpers zum Ausgangspunkt: das Gehirn ist vertrocknet, die Knochen verfault, kein Stuhlgang mehr vorhanden, alle Säfte venerisch. Einen besonders unsinnigen Inhalt haben mitunter die hypochondrischen Vorstellungen der Melancholie im höheren Lebensalter:

„Ich bin ein ausgestopfter Wollsack, keine Luft mehr in mir vorhanden, der ganze Körper mit Eisenplatten ausgeschlagen, ich bin schon tot, auch alle anderen Kranken und die Aerzte Leichen" usw.

Bemerkenswert ist, daß sich in diesen Fällen neben den hypochondrischen Vorstellungen andere melancholische Wahnideen in den mannigfachsten Kombinationen häufig nachweisen lassen.

Der „am ganzen Körper syphilitische Patient hat seine Familie angesteckt, kommt dafür ins Gefängnis" — ein anderer Kranker „hat den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arzt und die Klinik beleidigt, darf nichts mehr essen, sein After und Schlund sind zugewachsen, die Zunge ausgerissen".

Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung und Beeinträchtigung werden seltener und in der Regel nur vorübergehend im Verlauf einer Melancholie vorgebracht. Eine größere Bedeutung kommt diesen Wahnideen mitunter bei der durch lebhafte Angstaffekte ausgezeichneten Melancholie zu. Es sind dies Beobachtungen, in denen die ganze Umgebung dem Kranken in feindlichem Sinne verändert erscheint, mannigfache Befürchtungen als Ausfluß der Beziehungswahnideen und der Verfolgungsvorstellungen geäußert werden, welche aber von den Kranken nicht weiter in systematisierender Weise verarbeitet zu werden pflegen. In vereinzelten Beobachtungen treten neben den Wahnideen Vorstellungen auf, die sich dem Kranken zwangsweise aufdrängen, von deren Widersinnigkeit er überzeugt ist. Diese Zwangsvorstellungen pflegen mit dem Rückgang der melancholischen Wahnideen zu verschwinden.

Die Wahnvorstellungen der Melancholiker beziehen sich auf die verschiedensten Phasen des Lebens, lassen ihnen nicht nur die Gegenwart, sondern auch Vergangenheit und Zukunft in den dunkelsten Farben erscheinen.

Im Gegensatz zu den flüchtigen Wahnvorstellungen der Manie wird an die melancholischen Wahnideen von den Kranken in der Regel längere Zeit festgehalten, mitunter dieselben Wahnvorstellungen in monotoner Weise während des ganzen Krankheitsverlaufes vorgebracht; erst mit dem Nachlassen des krankhaften Affektes pflegen auch die Wahnideen zu verschwinden. Bemerkenswert ist es, daß auch in schwereren Fällen von Melancholie ausgesprochene Wahnvorstellungen nicht aufzutreten brauchen, traurige Verstimmung und Denkhemmung allein das Krankheitsbild beherrschen können.

Sinnestäuschungen fehlen während der Melancholie nicht selten vollständig, in anderen Fällen kommen Halluzinationen zur Beobachtung, ohne daß ihnen eine wesentliche Rolle in dem Krankheitsbilde zufällt. Krankheitsfälle mit zahlreichen, längere Zeit andauernden Sinnestäuschungen gehören zu den Ausnahmen, kommen jedoch im höheren Alter bei manchen Fällen von Melancholie mit starker ängstlicher Erregung (Angstmelancholie) häufiger vor. Die Sinnestäuschungen sind entsprechend dem depressiven Vorstellungskreis der Kranken trauriger und beängstigender Natur. Besonders pflegen erschreckende Gehörshalluzinationen sowie Visionen im Sinne der melancholischen Verstimmung aufzutreten. Die Mütter hören ihre Kinder wimmern; Drohungen, Beschimpfungen werden dem Kranken zugerufen; vor den Augen erscheinen häßliche Gestalten, Schlangen, Totenköpfe, Flammen usw. Wie die Wahnvorstellungen, schwinden auch die Sinnestäuschungen mit dem Ablauf der Depression.

Das äußere Verhalten der Kranken ist bei der Melancholie ein verschiedenes, abhängig in erster Linie von dem Intensitätsgrade der Angst, welche die mit der Depression Hand in Hand gehenden Hemmungserscheinungen in mannigfacher Weise beeinflußt. Die Fälle, in welchen die Hemmungen vorherrschen, bieten durch die Verbindung der Verlangsamung des Vorstellungsablaufes mit einer Verlangsamung der willkürlichen Bewegungen ein charakteristisches Bild. Bei den leichteren Erkrankungsformen dieser Art pflegt man auf einfache Fragen noch prompte Antworten von den Patienten zu erhalten, und erst bei längerer Unterhaltung eine Erschwerung des Gedankenablaufes sich bemerkbar zu machen, während bei etwas vorgeschrittener Erkrankung die Hemmung sofort deutlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hervortritt. Die Antworten erfolgen langsam und zögernd, der Kranke muß sich längere Zeit besinnen, es macht ihm ersichtliche Mühe, über ihm sonst geläufige Daten aus seinem Leben, über Familienverhältnisse usw. Auskunft zu geben. Da das Gefühl der subjektiven Insuffizienz dieser Kranken durch jeden Bewegungsvorgang bis zu heftigem „psychischem Schmerz" gesteigert wird, sucht der Melancholiker von selbst die Ruhe auf, bleibt oft den halben Tag im Bette liegen, ist nur mit Mühe zum Aufstehen zu bewegen. Außer Bett sitzt er stundenlang untätig, oft ohne sich zu bewegen an einer Stelle, ins Leere vor sich hinstarrend. Der Gesichtsausdruck ist ein trauriger, ängstlich gespannter, mitunter eigenartig ratlos. Die Stirn erscheint gerunzelt, die Mundwinkel sind häufig herabgezogen. Unter Seufzen und Jammern, mitunter nur auf energisches Zureden erzählt der Kranke in diesem Zustand von seiner inneren Beklemmung, dem schweren Druck auf der Brust, bringt in abgerissener Weise Versündigungsideen oder andere depressive Wahnvorstellungen hervor. Die sprachlichen Aeußerungen werden dann immer langsamer und spärlicher, erfolgen schließlich nur ruckweise, werden nicht mehr vollendet, der Kranke bleibt mitten im Satze stecken, bewegt dann wohl auch noch die Lippen weiter, ohne einen Laut hervorzubringen. Bei schweren Graden der Erkrankung kann dieser Hemmungszustand in einen sog. „Stupor" übergehen. Der Gesichtsausdruck des Kranken verrät während des Stupors mitunter noch die traurige und ängstliche Stimmung, häufiger macht er mehr einen erstaunten, ratlosen Eindruck. Von den Kranken selbst ist nichts mehr zu erfahren, was in ihnen vorgeht, da sie auf Fragen nicht mehr antworten, tage- und wochenlang kein Wort sprechen. Sie sind völlig in sich versunken, unempfindlich gegen äußere Reize, müssen zur Entleerung der Blase und des Mastdarms angehalten, in manchen Fällen gefüttert werden. Die erhobenen Extremitäten fallen entweder, dem Gesetz der Schwere folgend, auf die Unterlage zurück oder sie verharren eine Zeitlang in der ihnen vom Arzt gegebenen Stellung (Melancholia attonita, stupida, Melancholia cum stupore). Während des Bestehens dieser kataleptischen Stellungen fühlt man mitunter bei passiven Bewegungen einen leichten, sich gleichbleibenden Widerstand in den beteiligten Gelenken (Flexibilitas cerea).

Im Gegensatz zu diesem Verhalten zeigen die stuporösen Patienten mitunter ein hartnäckiges, ängstliches Widerstreben gegen alle Handlungen und Bewegungen, die man mit ihnen vornehmen will, spannen bestimmte Muskelgruppen an, so daß es z. B. nicht gelingt, die Kranken zum Oeffnen des Mundes bei dem Versuch, ihnen Nahrung einzuflößen, zu bewegen.

Die Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit ist bei diesen Zuständen der Melancholia attonita wesentlich gestört, so daß die Kranken nach Ablauf des Stupors nur eine unklare Vorstellung von dem, was mit ihnen und um sie herum geschehen ist, zu haben pflegen.

Der Verlauf der Melancholia attonita ist ein verschiedener, bald lassen die Hemmungserscheinungen ziemlich plötzlich nach, bald tritt nach mannigfacnem Wechsel von freieren und gehemmten Zeiten eine allmähliche Lösung des Stupors ein.

Der Stupor in seiner vollen Ausbildung mit lange Zeit andauernder schwerer Hemmung ist eine seltene Erscheinungsform der Melancholie, wenn auch einzelne stuporöse Erscheinungen, Andeutungen von Katalepsie, Mutacismus (Mutismus) vorübergehend im Verlauf einer Melancholie nicht zu den ungewöhnlichen Erscheinungen gehören. Unzweifelhaft sind früher mannigfache Zustände als stuporöse Melancholie bezeichnet worden, die zu anderen Krankheitsgruppen, besonders der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Katatonie gehören, so daß bei der Annahme einer Melancholia attonita stets große Vorsicht am Platze ist (vgl. bei Diagnose).

In auffallendem Gegensatz zu den durch Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichneten Fällen von Melancholie steht diejenige Form der melancholischen Erkrankung, bei welcher der Angstaffekt als Hauptsymptom in den Vordergrund der Krankheitserscheinungen tritt, die Melancholia agitata sive activa (Angstmelancholie). Die Kranken kommen, von lebhafter Angst getrieben, keinen Augenblick zur Ruhe; sie ringen die Hände, reiben und zerkratzen ihren Körper, zupfen an den Bettdecken, zerraufen sich die Haare. Oft sind sie nicht im Bett zu halten, sie laufen unstet, laut vor sich hinjammernd im Zimmer umher. In abgerissener, sich überstürzender Weise bringen sie hierbei die mannigfachsten melancholischen Wahnvostellungen vor. Bei noch weiterer Steigerung der Angst kann es bei schweren Erkrankungsfällen zu heftigen Erregungszuständen kommen, in welchen die Kranken zertrümmern, was ihnen in den Weg kommt, laut schreiend um Hilfe rufen, für alle Beruhigungsversuche unzugänglich sind. Besonders häufig kommen diese agitierten Formen der Melancholie bei älteren Personen zur Beobachtung. Große motorische Unruhe mit ausgesprochener ängstlicher Erregung sind gewöhnliche Begleiterscheinungen seniler Melancholien. Schon bei den leichteren Formen der Melancholie pflegen die ängstlichen Vorstellungen nicht von gleichmäßiger Intensität zu sein, sondern zu gewissen Zeiten, besonders in den Morgenstunden, ein Anschwellen zu erfahren. Bei den schwereren Erkrankungsgraden tritt mitunter anfallsartig ganz plötzlich eine außerordentlich lebhafte, in manchen Fällen mit Trübung des Bewußtseins einhergehende Steigerung des Angstaffekts hervor, die sich in triebartigen, gewalttätigen Handlungen gegen das eigene Leben oder das der Umgebung entladen kann (Raptus melancholicus). Selbstmord, Selbstverstümmelungen der verschiedensten Art (Ausreißen eines Bulbus, Abschneiden des Penis, Verbrennen der Zunge), Ermordung der eigenen Kinder, werden während dieser Zustände von den Kranken oft mit erstaunlicher Geschwindigkeit und Geschicklichkeit ausgeführt. Nach Ablauf des Angstanfalls pflegt die innere Spannung der Kranken nachzulassen und einem freieren Verhalten Platz zu machen.

Es ist demnach die Gefahr des Selbstmordes bei allen mit Angstaffekten verlaufenden Fällen von Melancholie eine außerordentlich große, sie kann aber kaum jemals in einem Falle von Melancholie mit einiger Sicherheit ausgeschlossen werden. So können auch aus dem regungslosen Verhalten der Melancholia attonita heraus die heftigsten Angstaffekte die Hemmung ganz plötzlich durchbrechen und zu sehr energischen Selbstmordversuchen führen. Mit großer Hartnäckigkeit und Schlauheit verstehen die Kranken oft die zur Erreichung ihres Zweckes günstigen Umstände zu benutzen.

Man ist in manchen Fällen erstaunt, später nach vereitelten Selbstmordversuchen von den Patienten zu erfahren, wie lange sie den Selbstmord geplant, wie geschickt sie die äußeren für die Erreichung ihres Zweckes günstigen Umstände zu benutzen gewußt haben. In keinem Stadium der Melancholie ist man vor Selbstmordversuchen der Kranken gesichert, sogar während der Rekonvaleszenz werden mitunter noch Suizidalversuche unternommen.

Die Nahrungsverweigerung, welche in vielen Fällen von Melancholie ein praktisch sehr wichtiges Symptom bildet, ist mitunter auch auf die Absicht des Patienten, sich durch Verhungern den Tod zu geben,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zurückzuführen. In anderen Fällen halten Wahnvorstellungen die Kranken von der Nahrungsaufnahme ab. Sie dürfen nicht mehr essen, weil sie zu schlecht, nicht eines Stückes Brot mehr wert sind, sie können das Essen nicht bezahlen, müssen deshalb hungern, der After und Schlund sind zugewachsen, so daß keine Verdauung mehr möglich ist usw. Eine scharfe Trennung zwischen den Fällen von Melancholia simplex, attonita und agitata ist nicht durchführbar, da zwischen diesen Zuständen die mannigfachsten, fließenden Uebergänge vorkommen. Die Stärke des Angstaffektes, die Intensität der motorischen Hemmung kann im einzelnen Krankheitsfall zu verschiedenen Zeiten eine so wechselnde sein, daß die Einreihung des Falles in eine bestimmte Gruppe unmöglich oder willkürlich wird.

Unter den körperlichen Erscheinungen der Melancholie nehmen Störungen der Verdauung eine wichtige Rolle ein.

Die Zunge ist häufig belegt, trocken und borkig, es besteht Foetor ex ore, der Appetit und die Verdauung liegen danieder. Störungen der Salzsäureausscheidung des Magens sind von einigen Beobachtern nachgewiesen worden. Der Stuhlgang ist angehalten, mitunter besteht hartnäckige Obstipation. Das Körpergewicht sinkt während der Krankheit in den meisten Fällen erheblich, auch wenn keine Nahrungsverweigerung stattgefunden hat, um sich im Rekonvaleszenzstadium allmählich wieder zu heben.

Der Schlaf ist bei der Melancholie regelmäßig gestört, in den leichten Fällen unruhig, von ängstlichen Träumen begleitet, von zu kurzer Dauer. Bei den schwereren Fällen mit ängstlicher Erregung kann anhaltende Schlaflosigkeit bestehen.

Die Herztätigkeit pflegt schwach, der Puls klein, verlangsamt, mitunter unregelmäßig zu sein, jedoch unter dem Einfluß der ängstlichen Erregung beschleunigt zu werden. Die Extremitäten fühlen sich kühl an, haben nicht selten ein leicht cyanotisches Aussehen, zuweilen treten Oedeme auf. Die Körpertemperatur ist in manchen Fällen subnormal. Die Respiration ist verlangsamt, oberflächlich, mitunter von einzelnen tiefen Atemzügen unterbrochen; bei der Melancholia agitata kann sie keuchend und beschleunigt werden. Die Menstruation weist in manchen Fällen Störungen auf, zessiert nicht selten mit dem Beginne der Krankheit, um mit eintretender Rekonvaleszenz wieder aufzutreten, in anderen Fällen sind Menstruationsstörungen nicht zu konstatieren.

Bei der senilen Form der Melancholie sind nicht selten Altersveränderungen an dem Gefäßsystem, neben Tremor und anderen Zeichen der senilen Hirnerkrankung nachweisbar. Es muß darauf hingewiesen werden, daß diese arteriosklerotischen Veränderungen das Krankheitsbild nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer Hinsicht wesentlich beeinflussen und einen ungünstigen Verlauf herbeiführen können.

Die subjektiven Beschwerden sind bei der Melancholie mannigfaltige. Die Kranken klagen über allgemeine Mattigkeit, Gliederschmerzen, Ohrensausen, Kopfdruck, der nicht selten als schmerzhafte Empfindung in die Gegend des Hinterkopfes verlegt wird. Die Herzgegend ist der Sitz verschiedenartiger unangenehmer Sensationen, Empfindungen des Umschnürtseins, der Spannung, des Pulsierens werden angegeben, in schweren Fällen wird die Angst nicht selten als „Schmerz" in die Herzgegend lokalisiert.

Bei den leichteren Erkrankungsformen ist mitunter ausgesprochenes Krankheitsgefühl vorhanden, welches bei den schwereren Fällen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fast regelmäßig zu fehlen pflegt, so daß man auf Fragen häufig die Antwort erhält: „Ich bin nicht krank, sondern schlecht."

Ueber die Dauer der Melancholie läßt sich allgemein nur so viel sagen, daß sich die Erkrankung über eine Reihe von Monaten zu erstrecken pflegt, daß sie aber auch ein Jahr und länger dauern kann, und daß selbst nach 4—5jähriger Dauer der Melancholie noch Heilung beobachtet ist.

Der Verlauf der Krankheit ist selten ein gleichmäßiger, häufig durch mannigfache Remissionen und Exazerbationen der Krankheitserscheinungen ausgezeichnet. Der Uebergang in Genesung ist in der Mehrzahl der Fälle ein allmählicher; traurige Verstimmung, Angst und Hemmungserscheinungen bilden sich langsam unter stetigem Steigen des Körpergewichts und Besserwerden des Schlafes zurück, in anderen Fällen ist der Uebergang in Heilung ein sehr plötzlicher, nach Art einer Krisis eintretender. In vielen Fällen wird die Melancholie von einem kurzen, sich über Tage bis Wochen erstreckenden „Nachstadium" gefolgt, in welchem an Stelle der traurigen eine heitere Verstimmung mit Erleichterung des Vorstellungsablaufes tritt, die Hemmung auf motorischem Gebiete einer gewissen Unruhe und Vielgeschäftigkeit Platz macht, so daß ein Stadium leichter manischer Erregung von der Melancholie zur Gesundheit hinüberführt. Auf die Bedeutung dieses sog. manischen Nachstadiums für die Auffassung des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins, kommen wir bei Besprechung der periodischen Krankheitsformen zurück.

Prognose und Ausgänge der Krankheit.

Bei der Prognose der Melancholie muß, wie bei der Manie, die Vorhersage für den Ausgang der einmaligen Erkrankung durchaus von der Frage, ob Rezidive zu erwarten sind, getrennt werden.

Wenn auch die Melancholie zweifellos häufiger als die Manie als einmalige Erkrankung im Leben vorkommt, ist dennoch ihre Neigung zu Wiederholungen eine nicht zu verkennende.

Namentlich tritt diese Neigung zu Rezidiven bei den Melancholien des jugendlichen Alters in ausgesprochener Weise hervor, so daß man bei einem Anfall von Melancholie in den Jugendjahren immer mit der Wahrscheinlichkeit rechnen muß, daß sich die Krankheit im späteren Leben wiederholt, besonders wenn erbliche Belastung vorliegt. Auch scheinen deutliche Hemmungserscheinungen auf psychomotorischem Gebiete bei diesen jugendlichen Erkrankungsfällen die Wahrscheinlichkeit späterer Wiederholungen zu erhöhen. Die Tendenz zu Rezidiven ist aber keineswegs auf die jugendlichen Depressionszustände beschränkt, auch die auf der Lebenshöhe oder in vorgeschrittenerem Lebensalter, besonders die bei Frauen im Klimakterium selbst die im beginnenden Greisenalter einsetzenden Melancholien zeigen nicht selten Wiederholungen in bald ganz unregelmäßigen, bald mehr oder weniger regelmäßigen Zwischenräumen (vgl. Kapitel: Periodische Seelenstörungen).

Was die Prognose des einzelnen Anfalls von Melancholie mit Hinsicht auf das Lebensalter betrifft, so bieten die jugendlichen Melancholien günstigere Chancen für die Heilung dar, wie die Melancholien der höheren Altersstufen, deren Aussichten auf Heilung sich von Jahrzehnt zu Jahrzehnt etwas zu verschlechtern scheinen. Während erstere in der großen Mehrzahl der Fälle in Genesung über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehen, muß die Prognose der senilen Melancholie als eine zweifelhafte bezeichnet werden.

Auch die Chancen für die Zeitdauer des einzelnen Anfalls werden mit zunehmendem Alter schlechter. Während die Krankheitsdauer der jugendlichen Melancholie in der Regel unter einem Jahr zu betragen pflegt, kommen die senilen Formen nicht selten erst nach ein- oder mehrjähriger Krankheit zum Ablauf.

Von den der Melancholie zugehörigen Symptomen gestattet keines einen sicheren Schluß auf den Endausgang der Krankheit. Doch läßt sich sagen, daß lebhafter Beziehungswahn oder sehr unsinnige Wahnvorstellungen, z. B. hypochondrischer Art im höheren Alter im allgemeinen von ungünstiger prognostischer Bedeutung sind. Das Wiederauftreten der während der Krankheit ausgebliebenen Menses ist häufig ein günstiges Zeichen, auch allmähliches, stetiges Steigen des Körpergewichtes pflegt, wenn nicht bereits Zeichen psychischer Schwäche eingetreten sind, auf beginnende Heilung hinzuweisen.

Abgesehen von den in Heilung übergehenden Fällen kommen folgende Endausgänge der Krankheit vor:

In einer Anzahl von Beobachtungen entwickelt sich mit allmählicher Abnahme der gemütlichen Erregung, dem Zurücktreten der Verstimmung und der Wahnvorstellungen ein Zustand geistiger Schwäche. Diese geistige Schwäche kann sich in manchen Fällen bis zu ausgesprochener Demenz weiter entwickeln. Der Ausgang in Demenz kommt in erster Linie bei den senilen Formen der Melancholie zur Beobachtung, jedoch zeigen bereits manche Fälle der früheren Altersstufen des Rückbildungsalters die Tendenz in Schwachsinn überzugehen. Ein Ausgang derjugendlichen Melancholien in dauernde geistige Schwächezustände, die den Namen Demenz verdienen, wird nicht beobachtet. In seltenen Fällen von Melancholie findet ein Uebergang in einen chronischen Krankheitszustand statt, bei dem die Affektstörungen in abgeschwächtem Maße in Gestalt eines wehleidigen, weinerlichen Wesens bestehen bleiben, stärkere Angstempfindungen nicht mehr aufzutreten pflegen.

Der tödliche Ausgang der Melancholie erfolgt am häufigsten durch Selbstmord, und zwar handelt es sich in der Mehrzahl der Beobachtungen um Fälle, welche nicht rechtzeitig in einer Anstalt untergebracht worden sind. Auch durch Inanition infolge hartnäckiger Nahrungsverweigerung, sowie durch interkurrente Krankheiten (Darmaffektionen, Tuberkulose) wird mitunter der Tod herbeigeführt.

Aetiologie.

In einer erheblichen Anzahl von Erkrankungen an Melancholie findet sich erbliche Belastung; bemerkenswert erscheint dabei der wesentliche Einfluß einer gleichartigen Vererbung, die von einzelnen Autoren in der Hälfte aller hereditär belasteten Fälle nachgewiesen wurde. Auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwäche entwickeln sich nicht selten im späteren Leben Melancholien. Unter den die Krankheit auslösenden äußeren Schädlichkeiten kommen zunächst psychische Einflüsse der verschiedensten Art (Gram, Sorgen, unglückliche Liebe usw.) in Betracht. Von körperlichen Störungen sind die verschiedenen, mit dem Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in Zusammenhang stehenden Vorgänge (Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation) als Gelegenheitsursachen zu betrachten, welche einen besonders günstigen Boden für die Entstehung der Psychose darbieten und wohl

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch das häufigere Vorkommen der Melancholie beim weiblichen Geschlecht bedingen. Es werden ferner die verschiedensten akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen (Influenza, Erkrankungen der Unterleibsorgane, besonders Magenaffektionen usw.) als Ursache der Melancholie angeführt, da sie nicht selten dem Ausbruch der Krankheit vorauszugehen pflegen.

Eine wesentliche Bedeutung unter den ätiologischen Momenten kommt inneren mit dem Senium und den präsenilen Altersstufen in engem Zusammenhang stehenden Einflüssen zu. Es scheint, daß die absteigende Kurve des Lebens (das Rückbildungsalter) ganz besonders günstige Bedingungen für die Entstehung der Melancholie schafft. Leicht verständlich ist es, daß das im Alter fast stets vorhandene Gefühl der stetig zunehmenden Leistungsunfähigkeit und der Vereinsamung, die Entstehung melancholischer Zustände begünstigt.

Während bei Frauen diese Melancholien in einem früheren Lebensalter, dem fünften und dem Anfang des sechsten Lebensjahrzehntes, der Zeit der klimakterischen Störungen, zu beginnen pflegen, treten sie bei Männern in der Regel erst in späteren Lebensjahrzehnten, beim Eintritt in das Greisenalter auf. Es läßt sich jedoch eine genaue zeitliche Umgrenzung der fraglichen Phasen des Rückbildungsalters nicht geben, da hier individuelle Unterschiede fraglos sehr in Betracht kommen.

Diagnose.

Bei der Häufigkeit, mit der Melancholien im Senium und in der präsenilen Zeit zur Beobachtung kommen, ist ihre Abgrenzung von den depressiven Stadien der senilen Demenz von Wichtigkeit. Die Diagnose hat sich in erster Linie auf den Nachweis der für die senile Demenz charakteristischen geistigen Schwäche (vgl. Kapitel „Senile Geistesstörungen") zu stützen und erfordert eingehende Untersuchung, da die Abnahme der Intelligenz bei den Melancholien der höheren Altersstufen mitunter nur eine scheinbare ist, durch die Denkhemmung vorgetäuscht wird. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß naturgemäß die senilen Melancholien allmählich in die geistigen Schwächezustände des Seniums überführen können. In diesen Fällen können Ungeheuerlichkeiten und Absurdität der Wahnvorstellungen, besonders auch solche hypochondrischer Natur, Abnahme des melancholischen Affekts bei fortbestehender Erregung auf beginnenden Schwachsinn hinweisen.

Erhebliche Schwierigkeiten kann die Unterscheidung der Melancholie von depressiven Phasen im Verlauf der Dementia paralytica bereiten, da traurige Verstimmung, Angst, Denkhemmung nicht selten zu hervortretenden Erscheinungen dieser Gehirnerkrankung auf psychischem Gebiet gehören. Bei Stellung der Diagnose ist das größte Gewicht auf den Nachweis geistiger Schwächesymptome zu legen, die bei der Melancholie in den in Frage kommenden Lebensjahren zu fehlen pflegen, bei der Paralyse, wenn mitunter auch nur andeutungsweise vorhanden, nie ganz vermißt werden. Entscheidend für Paralyse ist der Nachweis körperlicher Lähmungserscheinungen (vgl. Kapitel „Paralyse").

Praktisch ist es von Wichtigkeit, bei erstmaligen melancholischen Verstimmungen von früher syphilitisch infizierten Männern im vierten und fünften Lebensjahrzehnt, dem Prädilektionsalter der Paralyse, stets an die Möglichkeit einer paralytischen Erkrankung zu denken und mit der Diagnose einer einfachen Melancholie vorsichtig zu sein.

Eine besonders eingehende und sorgfältige klinische Analyse erfordert die Unterscheidung der Melancholien des jugendlichen Alters

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von den depressiven und stuporösen Phasen der Katatonie (vgl. Kapitel „Katatonie").

Wir haben schon hervorgehoben, daß ein Teil der früher als Melancholia attonita oder stupida bezeichneten Fälle dem Gebiet der Katatonie angehört.

Für die Unterscheidung der depressiven Zustände der Katatonie von der Melancholie sind folgende Punkte als wichtig hervorzuheben:

Die Herzensangst, die innere Traurigkeit der Melancholie wird bei der Verstimmung des Katatonikers vermißt. Diese Kranken erscheinen im Kontrast zu ihren Wahnvorstellungen auffallend gleichgültig, sie nehmen keinen Anteil an ihrer Umgebung, obwohl sie die Vorgänge um sich herum ganz gut aufzufassen imstande sind, während die Affekterregbarkeit des Melancholikers bei den verschiedensten äußeren Gelegenheiten in deutlicher Weise zum Ausbruch zu kommen pflegt.

Das Auftreten zahlreicher Sinnestäuschungen und unsinniger, besonders hypochondrischer Wahnvorstellungen bei den depressiven Zuständen des jugendlichen Alters macht die Annahme einer sich entwickelnden katatonischen Erkrankung wahrscheinlich.

Sind demnach auf psychischem Gebiete die gemütliche Stumpfheit, die Apathie und Gleichgültigkeit, die Interesselosigkeit gegenüber der Umgebung bei relativ guter Auffassungsfähigkeit, sowie unsinnige Wahnvorstellungen für die Katatonie im Gegensatz zu dem affektbetonten Wesen, der inneren Traurigkeit und ängstlichen Verstimmung, der Denkhemmung bei der Melancholie charakteristisch, so kommen in der motorischen Sphäre die Befehlsautomatie, die Stereotypieen und Manieren, sowie der Negativismus des Katatonikers wesentlich für die Unterscheidung von der psychomotorischen Hemmung der Melancholie in Betracht.

Von besonderer Wichtigkeit und oft recht schwierig ist es, den Negativismus des Katatonikers von dem ängstlichen Widerstreben bei der Melancholie zu trennen. Während bei katatonischen Zuständen der Patient allen Versuchen, ihn aus seiner gezwungenen, starren Haltung herauszubringen, einen sinnlosen, hartnäckigen Widerstand entgegensetzt, affektlos und gleichgültig bleibt, wenn man ihm mit spitzen, schneidenden Instrumenten zu nahe kommt, pflegt der melancholische Kranke unter diesen Umständen ängstlich zurückzuweichen, sich zu wehren, jammernde Laute auszustoßen. Keineswegs sind wir indessen berechtigt, in diesem Verhalten ein durchgehendes unterscheidendes Merkmal zu sehen. Es ist demnach bei Stellung der Diagnose einer Melancholie des jugendlichen Alters, besonders der stuporösen Form derselben, große Vorsicht am Platze und das Bestehen eines katatonischen Zustandes nicht immer leicht auszuschließen. Doch wird man in der Mehrzahl der Beobachtungen zu einer richtigen Diagnose des Krankheitsfalles gelangen, wenn man sich vor Ueberschätzung einzelner Symptome des Krankheitsbildes hütet, stets den Verlauf und die Entwicklung der gesamten Erscheinungen im Auge behält.

Die Trennung der Melancholie von akuten paranoischen Zuständen kann in Fällen Schwierigkeiten bereiten, in denen ausgesprochene Verfolgungsideen und Beziehungswahnvorstellungen das Krankheitsbild beherrschen, wie es bei den durch starken Angstaffekt ausgezeichneten Melancholien des Involutionsalters mitunter beobachtet wird. Dieser mit lebhaften Sinnestäuschungen bei äußerlich geordnetem Verhalten einhergehende Verfolgungswahn kann weitgehende Aehnlichkeiten besitzen mit einer akuten paranoischen Erkrankung, die sich vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nehmlich auf dem Boden des Alkoholismus zu entwickeln pflegt, der akuten alkoholischen Paranoia (akute Halluzinose, halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker). Eine genaue Analyse des Verfolgungswahns, wie er im Verlauf einer Melancholie entstehen kann, zeigt jedoch die Abhängigkeit desselben von der Affektstörung der Angst, aus der heraus sich die Beziehungswahnvorstellungen entwickeln. Ferner pflegen die auf dem Boden einer Melancholie entstehenden Verfolgungsideen nicht in systematischer Weise von den Kranken verarbeitet zu werden, während die in Frage kommenden akuten alkoholischen Psychosen häufig schon frühzeitig ein paranoisches Stadium erkennen lassen, in welchem die Kranken die beängstigenden Trugwahrnehmungen unter einheitliche Gesichtspunkte zu bringen und Erklärungswahnvorstellungen zu äußern pflegen.

In zweifelhaften Fällen kann die Anamnese sowie die Eigenart der auf alkoholischer Basis entstehenden Phoneme den richtigen Weg weisen.

Für die Beantwortung der Frage, ob ein Fall von Melancholie zu den einfachen, rezidivierenden oder periodischen Formen der Krankheit gehört, gibt uns die Symptomatologie keine sicheren Anhaltspunkte. Inwieweit Zeit des Auftretens und Verlauf der Krankheit in dieser Hinsicht Wahrscheinlichkeitsschlüsse gestatten, werden wir bei Besprechung des periodischen Irreseins erörtern.

Therapie.

Da die Art der Behandlung von wesentlichem Einfluß auf Verlauf und Ausgang der Melancholie zu sein pflegt, ist die Kenntnis der in Frage kommenden therapeutischen Faktoren von weitgehender praktischer Bedeutung[1]).

Der wichtigsten Anforderung, von dem Kranken alle schädlichen Reize fern zu halten und denselben vor der dringenden Gefahr des Selbstmordes zu bewahren, wird am besten durch Unterbringung des Patienten in einer **geschlossenen Anstalt** genügt.

Die Behandlung in der Irrenanstalt wird in allen Fällen, in denen Angstaffekte bestehen und somit die Gefahr des Selbstmordes eine sehr hochgradige und naheliegende ist, zu einer Notwendigkeit. Da aber auch in den leichteren Fällen der Melancholia simplex Angst nicht völlig zu fehlen pflegt und unerwartet ängstliche Erregung aus anscheinend vorher ganz ruhigem Verhalten heraus auftreten können, darf auch bei diesen Fällen die Behandlung in einer offenen Anstalt (Sanatorien) nur dann erfolgen, wenn die äußeren Verhältnisse günstige sind, für andauernde Beaufsichtigung des Kranken durch ein geschultes Wartepersonal Sorge getragen werden kann. Von einem Verbleiben in der Familie muß fast in allen Fällen abgeraten werden, da die gewohnte Umgebung den Kranken am meisten zu erregen pflegt, das Zusammensein mit den Familienangehörigen, die Erinnerungen an den Beruf oder häusliche Pflichten sehr häufig einen ungünstigen Einfluß auf die krankhafte Gemütsstimmung ausüben.

Besonders schädlich pflegen Versuche, durch Zerstreuungen, Reisen, Geselligkeit usw. den Kranken auf andere Gedanken zu bringen, zu wirken und eine direkte Steigerung der Depression hervorzurufen. In vereinzelten Fällen leichter melancholischer Verstimmungen können durch

[1]) Ziehen hat die für den praktischen Arzt in Frage kommenden therapeutischen Gesichtspunkte eingehend in einer Abhandlung „Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis" (Altsche Sammlung, Bd. I, H. 2 u. 3, 2. Aufl.) wiedergegeben, auf die wir für ein spezielleres Studium verweisen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ruhigen Landaufenthalt bei Trennung von der Familie, unter steter Beaufsichtigung, günstige Erfolge erzielt werden.

Ist demnach die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt für die weitaus meisten Fälle von melancholischer Erkrankung das dringendste Erfordernis, so vergeht leider in der Praxis mitunter einige Zeit, ehe die Aufnahme erfolgen kann. Da erfahrungsgemäß gerade diese Tage von den Kranken zur Ausführung von Selbstmord nicht selten mit Erfolg benutzt werden, ist es Pflicht des Arztes, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln die Kranken in dieser Phase vor Selbstmord zu schützen. Durch geeignete Vorsichtsmaßregeln, Sicherung der Fenster und Türen, event. Unterbringung des Kranken in einem Parterrezimmer, Fernhalten aller schneidenden Gegenstände, auch von Bändern, Schnüren usw. wird dies gelingen, wenn Patient niemals allein gelassen, ununterbrochen, auch bei Nacht, bei Aufsuchen des Klosets usw. überwacht wird.

In der Anstalt kommen folgende Behandlungsmethoden in erster Linie in Betracht, mit denen sehr zweckmäßig schon vor der Einlieferung die häusliche Behandlung beginnen kann.

Nicht nur das beste Beruhigungsmittel ängstlich erregter Kranker, sondern auch die sicherste Ueberwachungsmethode für dieselben ist die **Bettbehandlung,** die man selbst bei langer Krankheitsdauer konsequent durchzuführen versuchen muß.

Die Schlaflosigkeit wird bei den leichteren, nicht von stärkeren Angstaffekten begleiteten Fällen von Melancholie am besten durch abendliche lauwarme Bäder (27—28° R), hydropathische Einpackungen (24—25° R) bekämpft, Prozeduren, die in manchen Fällen zweckmäßig in Verbindung mit Darreichung von Trionaldosen (0,5 bis 1,5 g in warmer Milch) Veronal (0,5) oder von Bromnatrium in kleineren stündlichen Dosen zu 0,5—1,0 g, resp. einmaligen größeren Gaben (2—3 g) zur Anwendung kommen.

Auch der Alkohol kann als Beruhigungs- und Schlafmittel bei leichteren Fällen von Melancholie gute Dienste leisten.

Für viele Fälle mit stärkerer ängstlicher Erregung ist **Opium** das souveräne Beruhigungsmittel und die Einleitung einer methodischen Opiumbehandlung indiziert.

Man beginnt mit kleinen Dosen Opii pulv. (0,025—0,05) in Pulvern oder Pillen, Tinct. Opii simpl. 10—15 Tropfen, mehrmals täglich und steigt sukzessive mit diesen Einzeldosen, bis die Gesamtmenge des Opiums 1,0 beträgt, um dann das Mittel nicht plötzlich einzustellen, sondern allmählich mit der Opiumdosis wieder zurückzugehen. Dieses „Ausschleichen" mit der Dosis ist von Wichtigkeit, da schnelles Aussetzen gewöhnlich Exazerbationen der Krankheitserscheinungen hervorzurufen pflegt. Es ist zwecklos, die Opiumbehandlung fortzusetzen, wenn nicht bald eine deutlich beruhigende Wirkung derselben hervortritt. In vereinzelten Fällen wirkt das Opium nicht beruhigend, sondern die Erregung steigernd, so daß ein schnelles, dabei vorsichtiges Aussetzen des Mittels geboten ist. Man kann dann versuchen, durch Morphiuminkjetionen (0,01—0,02) oder durch Verbindung von Morphium mit Scopolamin (0,015 Morphini + 0,0005—0,001 Scopolamini hydrobromici) Beruhigung zu erzielen. Zuweilen soll Codein besser wie Morphium oder Opium wirken. In jüngster Zeit ist das Pantopon (subkutan oder in Tablettenform) bei den ängstlichen Erregungszuständen der Melancholie wiederholt als wirksames Beruhigungsmittel verabreicht worden.

Bei der Bäderbehandlung der Melancholie mit stärkerer ängstlicher Erregung ist streng individualisierendes Verfahren geboten, da erfahrungsgemäß durch prolongierte oder Dauerbäder die Angst nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selten gesteigert wird; auch feuchte Einpackungen können eine Steigerung der Angst zur Folge haben, während sie in manchen Fällen von ängstlicher Verstimmung des Rückbildungsalters, besonders wenn man bei abgemagerten, blutarmen Personen warmes Wasser zur Befeuchtung der Laken verwendet, von günstigem Erfolg begleitet sind.

Eine sehr sorgfältige Berücksichtigung verlangt die Ernährung bei der Melancholie. Die Nahrung muß kräftig und reizlos sein, wiederholtes Darreichen kleinerer Portionen ist einzelnen kopiösen Mahlzeiten vorzuziehen. Reichlicher Milchgenuß, Eier, Fleischspeisen sind empfehlenswert, als erfrischendes Getränk säuerliche Limonaden von Nutzen. Der häufig bestehenden hartnäckigen Obstipation muß durch Massage, Wasser-, Glyzerin- oder Oelklystiere, Einläufe, event. durch innerliche Abführmittel (Rizinusöl) entgegengearbeitet werden. Da das Opium die Salzsäuresekretion des Magens herabsetzt, tut man gut, nach den Mahlzeiten kleine Mengen Salzsäure in Wasser nehmen zu lassen. Auf die Mundpflege der Kranken ist großes Gewicht zu legen.

Bemerkenswert ist, daß durch die Opiumtherapie die Obstipation in keiner Weise vermehrt wird, im Gegenteil bestehende Stuhlverstopfung nicht selten unter dieser Behandlung verschwindet. Wird Opium innerlich von den Kranken nicht vertragen, dann kann man den Versuch machen, es subkutan als Extr. Opii aquosum zu verabreichen. Eine konsequente Durchführung dieser Injektionen scheitert aber in der Regel an der ängstlichen Erregung, in welche die Kranken durch die Einspritzungen versetzt werden.

Bei Nahrungsverweigerung kann man nicht selten durch freundliches oder energisches Zureden die Kranken zum Essen bewegen; mitunter essen sie die neben sie gestellten Mahlzeiten, wenn sie allein gelassen werden, während sie im Beisein anderer die Nahrung verweigern.

Gelingt es nicht mehr, die abstinierenden Kranken durch wiederholtes Einführen kleiner Mengen flüssiger Nahrung in genügender Weise zu ernähren, dann kann man zunächst den Versuch machen, durch Nährklystiere (½ l Wasser, 2 Eier, 2 Eßlöffel Stärkemehl, 0,05 Opium, 1 Messerspitze Kochsalz, 31° — nach Ziehens Vorschrift) für die nötige Nahrungszufuhr zu sorgen.

In allen Fällen hartnäckiger Nahrungsverweigerung säume man aber nicht zur Schlundsondenfütterung[1]) zu greifen, die in der Behandlung abstinierender Kranker weitaus den ersten Platz einnimmt und bei sachgemäßer Ausführung sich lange Zeit ohne Schaden für den Patienten durchführen läßt. Die Darreichung reichlicher Mengen von Milch, ½ bis 1 Liter mehrmals täglich, mit eingerührten Eiern bei Zusatz von etwas Zucker, Salz und geringen Mengen Alkohols haben sich als zweckmäßig erwiesen.

Bei der psychischen Behandlung der Melancholie sind ruhiges, gleichmäßig freundliches Wesen und vor allem Geduld die wesentlichsten Erfordernisse. Erörterungen und Diskussionen mit den Kranken über ihre Wahnvorstellungen haben keinen Wert.

Bei der Entlassung des Patienten aus der Anstalt ist Vorsicht am Platze, da die Kranken in ihrem Drang nach Freiheit mitunter dissimulieren, um außerhalb der Anstalt bald wieder schwerer zu erkranken oder Selbstmord auszuführen.

Eine erhebliche und dauernde Zunahme des Körpergewichts ist ein

---

[1]) Eine ausführliche Schilderung der praktisch wichtigen Sondenfütterung findet sich bei Pfister (Die Abstinenz der Geisteskranken und ihre Behandlung, Stuttgart 1899).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wichtiges objektives Zeichen der eingetretenen Genesung, wenn die Besserung der psychischen Symptome mit der Hebung des körperlichen Befindens gleichen Schritt gehalten hat.

Forensisch wichtig sind besonders die homiziden Impulse der Melancholischen, die sich einerseits in Form des Raptus melancholicus in explosiven Gewalttaten gegen die Umgebung entladen, andererseits unter dem Einfluß von Wahnvorstellungen zu Morden führen können. Melancholische Wahnideen bewegen auch in manchen Fällen die Kranken, sich selbst irgend eines Verbrechens zu bezichtigen. Zivilrechtlich ist hervorzuheben, daß Melancholische infolge ihrer traurigen Verstimmung nicht selten zu einer falschen Beurteilung der realen Verhältnisse gelangen, so daß bei Krankheitsfällen von langer Dauer die Entmündigung in Frage kommt.

Literatur.

Außer den unter Manie zitierten Hand- und Lehrbüchern der Psychiatrie:
BERGER, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Monatsschrift f. Psych., Bd. 26.
DREYFUG, G., Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena. G. Fischer 1907.
FORSTER, E., Die klinische Stellung der Angstpsychose. Berlin. S. Karger 1910.
FÜRSTNER, Ueber die Geistesstörungen des Senium. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. XX.
GAUPP, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münchener medizinische Wochenschr., 1905, Nr. 32.
HÜBNER, Klinische Studien über die Melancholie. Arch. f. Psych., Bd. 43.
KÖLPIN, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 39. Bd., 1905.
KRAEPELIN, Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. LVI.
Derselbe, Ueber die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschrift für Neurologie u. Pscyh., 1899, Bd. VI.
SCHOTT, Beitrag zur Lehre von der Melancholie (mit ausführlichem Literaturverzeichnis). Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. XXXVI.
SIEMERLING, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. „Die deutsche Klinik" 1904.
SPECHT, Ueber den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein, ein Beitrag zur Melancholiefrage. Zentralblatt f. Nervenheilkunde, N. F. XVIII.
WESTPHAL u. KÖLPIN, Bemerkungen zum Aufsatz von SPECHT (l. c.).
WOLLENBERG, Die Melancholie. „Die deutsche Klinik" 1904.
ZIEHEN, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. ALTS Sammlung zwangloser Abhandlungen, 1896, Bd. 1, H. 2 und 3.

Periodische (und zirkuläre) Geistesstörungen.

Wesen und Bedeutung der periodischen Seelenstörungen.

Wir haben schon bei der Schilderung der einfachen Manie und Melancholie die Neigung dieser Krankheiten, zu wiederholten Malen im Leben aufzutreten, betont und hervorgehoben, daß es sich bei diesen Wiederholungen einerseits um Rezidive handelt, die, durch lange Intervalle von der ersten Erkrankung getrennt, mitunter nur einmal während einer langen Lebensdauer zur Entwicklung kommen, andererseits um **periodisch** auftretende Zustände eines veränderten psychischen Verhaltens mit der Tendenz zu häufigen Wiederholungen. Es ist leicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersichtlich, daß zwischen den rezidivierenden und den periodisch auftretenden Krankheitsfällen fließende Uebergänge bestehen müssen. **Das Wesen der periodischen Seelenstörungen** ist darin begründet, daß die Wiederholung der einzelnen Phasen und Zustände geistiger Erkrankung sich **nicht aus äußeren Veranlassungen** herleiten läßt, sondern daß die **Periodizität** der Anfälle auf Störungen beruht, die **tief in der Organisation des Erkrankten** begründet sind. **Die Entstehung durch endogene Ursachen ist das diese Fälle beherrschende Prinzip.**

Das Krankheitsbild, unter dem die periodischen Seelenstörungen sich darstellen, ist ein verschiedenes, je nachdem immer dieselben Formen bei den wiederholten Erkrankungen auftreten (periodische Manie, periodische Melancholie) oder verschiedene Formen mit größerer oder geringerer Regelmäßigkeit miteinander abwechseln. Der regelmäßige Wechsel von melancholisch-maniakalischen resp. maniakalisch-melancholischen Phasen, die in der Mehrzahl der Fälle durch freie Intervalle getrennt werden, wird als **zirkuläres Irresein** bezeichnet. Das zirkuläre Irresein stellt somit nur eine bestimmte Verlaufsweise der periodischen Seelenstörungen dar, ist dem Wesen nach nicht von denselben zu trennen.

Da jedoch dieser regelmäßige Turnus (Zirkel) der einzelnen Krankheitsphasen zu den selteneren Verlaufsarten der periodischen Erkrankungsformen gehört, sehr viel häufiger ein unregelmäßiger Wechsel depressiver und manischer Krankheitszustände, die einander auch in mannigfacher Weise ersetzen und sich miteinander vermischen können, zur Beobachtung kommt, ferner zahlreiche Uebergänge von den regelmäßigen zu den unregelmäßigen Verlaufsarten hinüberführen, bezeichnen wir diese große Gruppe der periodischen Psychosen, von denen die streng zirkulären Formen einen kleinen Teil bilden, zweckmäßig mit dem Namen des **manisch-depressiven Irreseins.**

Wenn hiernach unsere Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins eine engere ist, als diejenige, welche ihm KRAEPELIN gibt, welcher, nachdem er auch die Melancholie des Rückbildungsalters als selbständige Krankheit hat fallen lassen, alle Erscheinungsformen der Manie und Melancholie „als eine Einheit auffaßt und die einzelnen Zustandsbilder und Verlaufsarten als Sondergestaltungen des einen gemeinsamen Krankheitsvorganges" — des manisch-depressiven Irreseins — darstellt, so soll mit unserer Abgrenzung keineswegs gesagt sein, daß wir einen wesentlichen, prinzipiellen Unterschied, zwischen den verschieden gefärbten Phasen des manisch-depressiven Irreseins und den Einzelformen von Manie und Melancholie annehmen. Wir sind vielmehr der Ansicht, daß innere verwandtschaftliche Beziehungen zwischen diesen Verlaufsweisen bestehen. Es soll durch unsere Abgrenzung der auch prognostisch wichtigen Tatsache Rechnung getragen werden, daß Einzelformen dieser Erkrankungen, selten bei der Manie, häufiger bei der Melancholie, besonders der des Rückbildungsalters und der höheren Altersstufen beobachtet werden. Von diesen Einzelformen führen fließende Uebergänge zu den sehr verschiedenartigen Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins hinüber.

Da bei oberflächlicher Betrachtung die Melancholie und Manie zwei sich diametral entgegengesetzte Krankheitsbilder darzustellen scheinen, wirken die mannigfachen Beziehungen, in welche die manischen und depressiven Krankheitsphasen im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins miteinander treten, zunächst befremdend. Die eingehende klinische Analyse hat jedoch ergeben, daß der zwischen melancholischen und manischen Zuständen bestehende Gegensatz nur ein **scheinbarer** ist, in der Tat eine **innere Verwandtschaft** dieser Formen psychischer Erkrankung besteht.

Diese verwandtschaftlichen Beziehungen werden uns verständlich, wenn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir bedenken, daß ein leichter Grad der einen Krankheit häufig nach Ablauf der anderen einzutreten und in die Rekonvaleszenz hinüberzuführen pflegt (manisches „Nachstadium" der Melancholie), in manchen Fällen auch vorausgehen kann (depressives „Vorstadium" der Manie), daß ferner im Verlauf des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins ein Anfall von Melancholie nicht selten durch eine Manie und umgekehrt **ersetzt wird**, daß ferner **fließende Uebergänge** von den rein periodischen zu den zirkulären Störungen vorkommen und schließlich **Mischformen** von manischen und melancholischen Zuständen beobachtet werden. **Die Tatsache der inneren Verwandtschaft der Manie und der Melancholie muß bei Betrachtung der periodischen und zirkulären Seelenstörungen den leitenden Gesichtspunkt bilden, da nur die Berücksichtigung dieser Beziehungen die außerordentlich mannigfachen Krankheitsbilder des periodischen resp. manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins unserem Verständnis näher bringen kann.** Wenn wir bei der folgenden Schilderung die periodischen von den zirkulären Störungen trennen, so geschieht dies einmal aus dem Grunde, daß wohl zweifellos rein periodische Formen der Manie und Melancholie vorkommen, andererseits die Prognose im Einzelfall von der besonderen Form der vorliegenden periodischen Störung beeinflußt werden kann.

Aetiologie.

In der Aetiologie aller periodischen Seelenstörungen spielt die **erbliche Belastung** die größte Rolle; sie läßt sich in der überwiegenden Mehrzahl (zirka 80%) aller Fälle nachweisen. Auffallend häufig findet sich gerade zirkuläres oder periodisches Irresein bei anderen Familienmitgliedern, so daß in manchen dieser Fälle sich weitverzweigte Stammbäume der von diesen Psychosen betroffenen Anverwandten konstruieren lassen. Nicht selten erfährt man, daß die Kranken von Jugend auf grüblerische, scheue und stille Naturen oder im Gegenteil aufgeregte, zu lebhaftem Stimmungswechsel neigende Menschen gewesen sind.

Als auslösende Ursachen kommen die bei der Aetiologie der Manie und Melancholie erwähnten Schädlichkeiten in Betracht. Eine hervorragende Bedeutung in der Aetiologie der periodischen Seelenstörungen kommt den Pubertäts- und Entwicklungsjahren im weiterem Sinne bei beiden Geschlechtern etwa bis zum 25. Lebensjahr zu.

Das erste Auftreten der Menses fällt nicht selten mit den ersten deutlichen Symptomen einer beginnenden periodischen Seelenstörung zusammen. Auch in den klimakterischen Jahren kommen in manchen Fällen sich häufiger wiederholende psychische Störungen vom Charakter periodischer Melancholien zur Entwicklung.

Betrachten wir nach diesen einleitenden Bemerkungen die einzelnen Formen der periodischen Seelenstörungen gesondert.

Die periodische Manie.

Symptomatologie und Verlauf.

Diejenigen Kardinalsymptome, die wir bereits bei der Besprechung der einfachen Manie geschildert haben, gehobene Stimmung mit Neigung zu Stimmungswechsel, Ideenflucht, Ablenkbarkeit und Bewegungsdrang, bilden auch die wesentlichen Erscheinungen der periodischen Formen dieser Erkrankung. Jedoch sind diese

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

periodischen Manien in der Mehrzahl der Fälle dadurch charakterisiert, daß die Symptome weniger intensiv auftreten, die einzelnen Anfälle den leichten Graden der Krankheit, der hypomanischen Erregung (vgl. S. 92) entsprechen.

Ein depresssives Vorstadium fehlt bei den einzelnen Phasen der periodischen hypomanischen Erregung nicht selten völlig, in manchen Fällen gehen dem Beginn des Anfalls Prodromalerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Angstempfindungen, Störungen des Appetits vorauf, die mit dem gewöhnlich sehr schnellen und unvermittelten Auftreten manischer Symptome sofort zu verschwinden pflegen. Die manische Erregung erreicht sehr rasch eine bestimmte Höhe, welche sie dann in dem einzelnen Krankheitsfall in der Regel nicht überschreitet. Das heitere, lebhafte und gesprächige Wesen, die rastlose Geschäftigkeit, die schlagfertigen, witzigen Antworten lassen den Betreffenden seiner Umgebung oft nicht als krank (folie raisonnante), mitunter leicht angetrunken erscheinen. Diese Verkennung tatsächlich vorliegender krankhafter Veränderungen hat für den Patienten in vielen Fällen die unangenehmsten und schwersten Konsequenzen, da er infolge seiner Neigung zu Exzessen in Baccho et Venere, zu großen Ausgaben, tollkühnen Spekulationen, einerseits sein Vermögen ruinieren, andererseits mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen kann. Besonders pflegt der lebhafte Stimmungswechsel, die große Reizbarkeit dieser Kranken zu mannigfachen Verstößen gegen das Gesetz und Bestrafung zu führen, wenn, wie es häufig der Fall ist, die Krankheit nicht als solche erkannt wird.

So beobachtete ich eine an periodischer Manie leidende Patientin, die achtmal mit Haft, viermal mit Gefängnis, einmal mit Zuchthaus und dreimal durch Unterbringung in Korrektionsanstalten bestraft wurde, ehe ihr Zustand richtig gedeutet und sie in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Es bildet deshalb die Kenntnis dieser leichten periodischen Manien und die Vorbeugung ihrer event. Folgen eine wichtige Aufgabe des Arztes[1]).

Bemerkenswert ist, daß die einzelnen Anfälle der periodischen Manien sich oft mit „fast photographischer Treue" gleichen. Dieselben Eigentümlichkeiten des Benehmens und Sprechens, dieselben Veränderungen des Gesichtsausdrucks, das Auftreten flüchtiger Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen stets desselben Inhalts, können in den verschiedenen Anfällen ganz in gleicher Weise auftreten, denselben ein eigenartiges stereotypes Gepräge verleihen. Nicht selten fühlen die Kranken das Herannahen eines neuen Anfalls mit Deutlichkeit voraus, finden sich von selbst wieder in der Klinik, oft schon in charakteristischem äußeren Aufzug, ein.

Die im Anfall zu beobachtenden körperlichen Störungen sind dieselben wie die bei der einfachen Manie beschriebenen Symptome.

Von diesen leichten Formen der periodischen Manie führen Uebergänge zu den schweren Verlaufsarten hinüber, in denen die einzelnen Anfälle mit tobsüchtiger Erregung, in machen Fällen unter dem Bilde der manischen Verwirrtheit (vgl. S. 93) verlaufen. Seltenere Beobachtungen, in denen massenhafte Sinnestäuschungen bei großer Verwirrtheit das Krankheitsbild in jedem einzelnen Anfalle beherrschen, haben zur Aufstellung einer besonderen Krankheitsform der sog. „periodischen Amentia" geführt. Auch im Verlaufe ein und desselben Falles können Erregungszustände leichter und schwerer Natur in mannigfachen Abstufungen miteinander abwechseln, häufiger wird beobachtet,

[1]) Für ein eingehenderes Studium dieser praktisch überaus wichtigen psychischen Störungen verweise ich auf die Abhandlung Hoches: „Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins." Alts Sammlung, Bd. I, H. 8.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß leichtere Anfälle den Beginn der Krankheit bilden, um mit wachsender Wiederholungsziffer in schwere Erregungsphasen überzugehen.

Während bei den leichteren periodischen Manien die Erregung nach Wochen oder Monaten, ausnahmsweise schon nach Tagen abzulaufen pflegt, kommt bei den schweren Formen eine Verlaufsdauer von einem Jahr und darüber vor. Die einzelnen Anfälle enden in einer Reihe von Fällen sehr plötzlich, fast kritisch, in anderen Fällen kommen sie allmählich zum Ablauf. Ein depressives Nachstadium von verschiedener Dauer und Intensität kann nach den einzelnen Anfällen fehlen, kann aber denselben auch folgen. Fälle, in denen das depressive Nachstadium besonders ausgebildet ist, den Charakter einer mehr selbständigen melancholischen Erkrankung darbietet, stellen Uebergangsformen der periodischen Manie zum manisch-depressiven (zirkulären) Irresein dar.

Die freien Intervalle zwischen den einzelnen manischen Anfällen können von sehr verschieden langer Dauer sein, Wochen bis Jahre betragen. Nach längerem Bestehen der periodischen Störungen werden in manchen Fällen die anfallsfreien Intervalle immer kürzer, so daß nur Tage oder Wochen eines normalen Verhaltens die Erregungszustände trennen, während früher Jahre vergingen, ehe ein neuer Anfall einsetzte.

Ein ziemlich regelmäßiges Verhalten der intervallären Zeiten findet man bei den Manien von periodischem menstruellen resp. prämenstruellen Typus, bei denen die Anfälle sich in zirka vierwöchentlichen Intervallen regelmäßig von der ersten Menstruation an oder erst im Zusammenhang mit späteren Menstruationen einzustellen pflegen. Die Fälle sind für den Verlauf der periodischen Manien geradezu typisch.

Das psychische Verhalten in den freien Zeiten ist ein verschiedenes. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen die sorgfältigste Untersuchung keine krankhaften Erscheinungen in den Intervallen erkennen läßt; in anderen Fällen findet man Zeichen erhöhter Reizbarkeit, Labilität der Stimmung und andere nervöse, auf die hereditäre Belastung hinweisende Symptome.

Ausgang und Prognose.

Der tödliche Ausgang der periodischen Manie ist, da es sich in der Mehrzahl der Fälle um leichtere Erkrankungsformen handelt, ein seltener.

Bei den schweren Verlaufsarten kann der Tod unter den bei der einfachen Manie (vgl. S. 95) geschilderten Verhältnissen (Phlegmonen, Fettembolien, Verletzungen usw.) eintreten.

Eine Aussicht auf dauernde Heilung ist bei dem periodischen Verlauf dieser konstitutionell bedingten Erkrankung nicht zu erwarten; wohl aber kommen lange Zeit dauernde Remissionen, die mitunter Heilung vortäuschen, nicht selten zur Beobachtung. Besonders die menstruell bedingten Formen der periodischen Manie bieten unter günstigen äußeren Bedingungen eine gute Prognose für einen leichten Verlauf mit sehr weitgehenden Remissionen.

Die Prognose des einzelnen Anfalles der periodischen Manie ist zweifellos eine gute. In der großen Mehrzahl der Fälle besteht das Leiden bis zum Lebensende, ohne die geistigen Fähigkeiten des Erkrankten wesentlich zu schädigen. Eine dauernde Einbuße an Intelligenz erleiden mitunter die sich schnell aufeinanderfolgenden Erkrankungsformen mit sehr kurzen freien Intervallen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnose.

Für die Erkennung des einzelnen Anfalles einer periodischen Manie gelten die bei der Besprechung der Manie (S. 96 u. folg.) angegebenen Merkmale. Was die weitere Frage der Unterscheidung der einfachen von den periodischen Formen der Manie anbetrifft, hoben wir bereits hervor, daß das Zustandsbild allein uns keinen sicheren Schluß nach dieser Richtung gestattet. Wenn wir jedoch die Verhältnisse berücksichtigen, unter denen die periodischen Manien aufzutreten pflegen, ergeben sich eine Anzahl Merkmale, die mit Wahrscheinlichkeit den periodischen Verlauf der Psychose vermuten lassen.

Sehr plötzliches Einsetzen, schneller Ablauf und mildes Auftreten der Erkrankung sprechen für einen periodischen Verlauf, ganz besonders wenn bei ausgesprochener hereditärer Belastung die Erkrankung im jugendlichen Alter zur Zeit der Pubertätsentwicklung zum erstenmal auftritt, bei Mädchen mit dem Eintritt der Menstruation zusammenfällt. Es machen also leichte hypomanische Erregungszustände jugendlicher Hereditarier, besonders mit den eigenartigen Zügen der folie raisonnante, einen periodischen Krankheitsverlauf von vornherein sehr wahrscheinlich.

Die periodische Melancholie.

Symptomatologie und Verlauf.

Die klinischen Erscheinungen der einzelnen Anfälle von periodischer Melancholie entsprechen in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen den Symptomen der Melancholia simplex, und zwar den leichteren Verlaufsarten derselben (vgl. S. 102 u. folg.). Traurige gedrückte Stimmung, das Gefühl der subjektiven Insuffizienz beherrschen in Verbindung mit Hemmungserscheinungen auf psychomotorischem Gebiet das Krankheitsbild in vielen Fällen. Unbestimmte Angstempfindungen, die auch wohl mitunter den Charakter ausgeprägter Präkordialangst annehmen, sind häufig vorhanden, steigern sich aber nur ausnahmsweise zu den lebhaften Angstausbrüchen der Melancholia agitata. Wenn aus diesem Grunde auch die Besonnenheit in der Mehrzahl der Fälle von periodischer Melancholie erhalten bleibt, sind suicidale Neigungen bei diesen Kranken doch niemals mir Sicherheit auszuschließen. In seltenen schweren Fällen kommt es zu Wahnbildungen. Es pflegen dann dieselben melancholischen Wahnideen sich im Verlauf der verschiedenen Anfälle immer wieder einzustellen.

Die körperlichen Symptome entsprechen denjenigen der Melancholia simplex. Der einzelne Anfall setzt ziemlich rasch ein, um sich bald plötzlich, bald langsam wieder zu lösen. Ein hypomanisches Nachstadium wird bei den leichten periodischen Depressionszuständen häufig vermißt; wenn es vorhanden ist, kann es den Uebergang zu den leichteren Formen des zirkulären Irreseins bilden.

Die Zeit der einzelnen Krankheitsphasen sowie die der freien Intervalle ist von recht verschiedener Dauer. Die einzelne Depression pflegt sich über einen Zeitraum von Wochen bis Monaten zu erstrecken, mit freien Zwischenzeiten, die oft ein oder mehrere Jahre betragen.

Die leichtesten Formen der einfachen traurigen Verstimmung, bei denen die Kranken gewöhnlich nicht für krank gehalten werden, nicht in eine Anstalt gelangen, treten nicht selten haufiger, etwa jedes Jahr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einmal, in manchen Fällen jeden Monat nach dem menstruellen Typus auf. Die Altersstufen, in welchen die periodischen Melancholien sich in der Mehrzahl der Fälle entwickeln, werden von den Pubertätsjahren, vorzugsweise aber von der Zeit der senilen Involution gebildet. Im Klimakterium und der präsenilen Zeit werden vielfach periodisch auftretende Melancholien beobachtet. Beachtenswert ist, daß Frauen weit häufiger wie Männer an den periodischen Formen der Melancholie erkranken.

Zwischen den einfachen rezidivierenden Krankheitsformen der Melancholie und den sich häufiger wiederholenden periodischen Störungen kommen naturgemäß die verschiedensten Uebergänge vor.

Ausgang und Prognose.

Für die Chancen des Ausgangs in dauernde Heilung, sowie für die Prognose des einzelnen Anfalls gilt das bei der periodischen Manie Ausgeführte, mit der Einschränkung, daß einmal der tödliche Ausgang wegen der nicht seltenen Suicide häufiger als bei der Manie eintritt, andererseits die melancholischen Anfälle der höheren Altersstufen nicht selten einen Ausgang in Schwachsinn nehmen.

Diagnose.

Sichere diagnostische Zeichen, aus denen zu erkennen wäre, ob eine einzelne Erkrankung an Melancholie zu den periodischen Depressionszuständen gehört, gibt es nicht. Es läßt sich nur soviel sagen, daß melancholische Erkrankungen im jugendlichen Alter eine sehr ausgesprochene Neigung zu Wiederholungen im späteren Leben zeigen, namentlich wenn sie von ausgesprochener Denk- und Willenshemmung begleitet sind. Ferner muß berücksichtigt werden, daß erstmalige Erkrankungen an melancholischer Depression, besonders solche von leichterem, schnell vorübergehendem Charakter, die sich im beginnenden Rückbildungsalter, bei Frauen in den klimakterischen Jahren entwickeln, spätere Wiederholungen des Leidens in kürzeren oder längeren, bald regelmäßigen, bald unregelmäßigen Intervallen wahrscheinlich machen.

Das manisch-depressive (zirkuläre) Irresein.

Das **zirkuläre Irresein** stellt diejenige Form der periodischen Seelenstörungen dar, welche durch die **regelmäßige Aufeinanderfolge zweier entgegengesetzter Zustandsbilder** der **Manie** und **Melancholie** gekennzeichnet ist. Diese beiden Phasen bilden einen **Zyklus.** Die einzelnen Zyklen wiederholen sich nach kürzerem oder längerem freien Intervall während der gesamten Lebensdauer immer wieder, können aber auch in selteneren Fällen ohne freies Intervall fortlaufend ineinander übergehen. Wenn wir diese regelmäßig alternierenden psychischen Störungen, die durch den auffallenden Gegensatz der Symptome in den einzelnen Krankheitsphasen schon lange das Interesse in hohem Grade erregt haben, der folgenden Darstellung zugrunde legen, so geschieht dies mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die schon hervorgehobene Tatsache, **daß zwischen den streng zirkulären und den ungemein zahlreichen Verlaufsweisen mit unregelmäßigem Aufeinanderfolgen manischer und depressiver Zustände die mannigfachsten fließenden Uebergänge be-**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stehen, auf die wir bei Besprechung der verschiedenen Verlaufsweisen der Krankheit zurückkommen.

Symptomatologie und Verlauf.

In vielen Fällen treten die Symptome in den einzelnen Anfällen des zirkulären Irreseins in der milden Form auf, wie wir sie bei der Hypomanie und den leichten Formen der melancholischen Verstimmung kennen gelernt haben. Der in die Augen fallende Kontrast, in der die heitere Verstimmung der einen Phase sich zu der ihr unmittelbar folgenden traurigen, gedrückten Gemütslage befindet, weist schon bei den leichtesten auch als Cyklothymie bezeichneten Verlaufsarten des Leidens, dessen einzelne Phasen, für sich betrachtet, als abnorm kaum ausgesprochen werden dürfen, auf die krankhafte Grundlage des wechselnden Zustandsbildes hin.

Von einzelnen Erscheinungen pflegen während der manischen Phase gesteigerte sexuelle Erregbarkeit, Vielgeschäftigkeit, Reizbarkeit in Verbindung mit nörgelndem, rechthaberischem Wesen besonders hervorzutreten, während das depressive Stadium durch Mutlosigkeit Abnahme der Energie und Arbeitskraft gekennzeichnet ist. Auf körperlichem Gebiete treten während dieser Phasen nicht selten Störungen und Beschwerden mannigfacher Art, namentlich im Verdauungstraktus auf, die häufig infolge Verkennung der psychischen Grundlagen dieser Erscheinungen, zu irrationellen therapeutischen Maßnahmen führen. Das Aussehen der Kranken in beiden Phasen des Anfalls pflegt ein sehr charakteristisches zu sein. Zur Zeit der heiteren Erregung ist der Blick strahlend, die Gesichtsfarbe gerötet, der Turgor der Gewebe erscheint vermehrt, die Körperhaltung straff, während mit Einsetzen der traurigen Stimmung Falten im Gesicht auftreten, der Blick trübe wird, Haltung und Züge ein müdes, erschlafftes Aussehen erhalten.

Dieselben Veränderungen können bei den einzelnen Anfällen mitunter in stereotyper Weise mit einer fast „photographischen Treue" immer wieder auftreten. Der Steigerung des Appetits in der manischen Phase entspricht in manchen Fällen auch eine Zunahme des Körpergewichts, während dasselbe im melancholischen Stadium abzunehmen pflegt.

Während die leichteren Grade des zirkulären Irreseins der Umgebung häufig als nicht krankhaft erscheinen, die Betroffenen lediglich für sonderbare, exzentrische, zu Stimmungswechsel neigende Persönlichkeiten gehalten werden, treten in den schwereren Formen ausgesprochene Symptome der Manie und Melancholie in deutlicher Weise hervor. Die Manie kann sich bis zur tobsüchtigen Erregung mit ideenflüchtiger Verwirrtheit steigern, das depressive Stadium das typische Bild einer Melancholie mit den charakteristischen Kleinheitswahnvorstellungen in ihrer verschiedenen Gestaltung, mit Sinnestäuschungen, Neigung zum Suicid usw. darbieten. Die psychomotorische Hemmung der Melancholie, welche das depressive Stadium vieler Fälle von zirkulärem Irresein kennzeichnet, steigert sich mitunter bis zum ausgesprochenen Stupor (vgl. S. 104), der in einer Reihe weiterer Anfälle immer wieder während dieser depressiven Phase auftreten und die Verlaufsweise des „zirkulären Stupors" annehmen kann. Diese schweren stuporösen Phasen alternieren nicht selten mit den ideenflüchtigen Formen der tobsüchtigen Erregung in mehr oder weniger regelmäßiger Weise.

Ferner sind seltenere Fälle zirkulären Irreseins beschrieben worden, bei denen in den maniakalischen Phasen mannigfache, sich schnell syste-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

matisierende und dem Anfall ein „paranoisches“ Gepräge verleihende Verfolgungs- und Beziehungswahnideen bei ungetrübtem Bewußtsein auftraten, um mit Abblassen der manischen Erregung wieder zu verschwinden.

Was die Ausbildung und Intensität der Symptome anbetrifft, so ist dieselbe häufig in den beiden Krankheitsphasen eine sehr verschiedene. Ein schwerer Stupor kann von leichter manischer Erregung, tobsüchtige Erregung von einem Zustand leichter, schnell vorübergehender Depression gefolgt werden, so daß Verlaufsarten, bei denen die eine Phase nur rudimentär entwickelt, die andere hingegen gut ausgebildet ist, in das Gebiet der periodischen Melancholie oder Manie hinüberführen.

Für die einzelnen Phasen eines Zyklus bildet jäher Anstieg und jäher Abfall der Erscheinungen die Regel.

Der Übergang der einen Phase in die andere ist ein äußerst mannigfaltiger; er kann ein sehr schneller sein, sich innerhalb weniger Stunden oder über Nacht vollziehen; in anderen Fällen ist er ein mehr allmählicher, und häufig sieht man die entgegengesetzten Zustände mit mannigfachen Schwankungen der Symptome ineinander übergehen. Eine nicht geringere Mannigfaltigkeit wie die Intensität der Krankheitserscheinungen in den verschiedenen Phasen der Krankheit zeigt die Dauer der Zyklen, sowie der sie bildenden einzelnen Phasen und der freien Intervalle, so daß eine allgemein gültige, zeitliche Umgrenzung derselben nicht gegeben werden kann. Da nur in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen ein regelmäßiger Wechsel von manischen und depressiven Krankheitsabschnitten stattfindet, häufiger erst nach mehrmaliger Wiederholung des einen Zustandsbildes das andere auftritt oder ein ganz unregelmäßiger Wechsel der Krankheitsphasen beobachtet wird, erhält der eng umschriebene Begriff der zirkulären Geistesstörung durch diese dem Wesen nach nicht von ihr zu trennenden Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins eine sehr erhebliche Erweiterung.

Ein besonders helles Licht wird auf die nahen Beziehungen manischer und depressiver Zustandsbilder, wie sie uns in den mannigfachen Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins entgegentreten, durch eigenartige „Mischzustände“ der scheinbar gegensätzlichen Symptomengruppen geworfen. Für die Auffassung dieser Mischformen ist die Tatsache von Bedeutung, daß innerhalb der einzelnen Phasen des manisch-depressiven Irreseins mitunter für Tage oder Stunden ein plötzlicher Umschlag der Erscheinungen in der Weise stattfindet, daß an Stelle der manischen, melancholische Symptome (resp. umgekehrt) auftreten oder daß dieselben vorübergehend in verschiedener Weise miteinander verschmelzen.

Die durch Verschmelzung der Symptome entstehenden Mischzustände kommen nicht nur im Verlauf der einen oder der anderen Phase des zirkulären Irreseins zur Beobachtung, sie finden sich auch häufig beim Übergang des einen Zustandes in den anderen, schließlich können sie auch als selbständiger Anfall auftreten, Wochen, Monate dauern und sich mehrfach in derselben Weise wiederholen.

Am deutlichsten pflegt die Mischung der Symptome in dem charakteristischen Bilde des „manischen Stupors“ hervorzutreten, der durch psychomotorische Hemmung bei manischer, heiterer Stimmung gekennzeichnet ist. Wenn die Hemmung in diesem Krankheitsbilde hohe Grade erreicht, zu Regungslosigkeit und Mutazismus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Mutismus) führt, verrät mitunter nur der lächelnde, heitere Gesichtsausdruck die gehobene Stimmung. Das völlig unzugängliche gehemmte Verhalten dieser Kranken wird mitunter ganz plötzlich durch Anzeichen eines lebhaften Bewegungsdranges, Herumlaufen, Tanzen, Zerreißen der Kleider, begleitet von Lachen, Schreien, Schimpfen, unterbrochen. Unvermittelt pflegen diese kurzen Erregungszustände wieder in die frühere Regungslosigkeit hinüberzuführen. Als das Gegenstück zum manischen Stupor kann ein Mischzustand aufgefaßt werden, der geradezu dessen „Negativbild" darstellt: die agitierte Depression. Die wesentlichen Symptome dieses Zustandes bestehen in depressiver Stimmung, ängstlicher Erregung mit Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Diese Kranken überschütten den Arzt nicht selten mit einer Flut unzusammenhängender Versündigungsideen, Selbstanklagen und anderen Äußerungen ihres melancholischen Zustandes, die sie in abspringender, an die Ideenflucht der Manie erinnernden Weise vorbringen (melancholische Ideenflucht).

Die Frage, ob alle Fälle agitierter Melancholie den manisch-depressiven Mischzuständen zu subsumieren sind, befindet sich zurzeit in lebhafter Diskussion. Wir halten diese Verallgemeinerung nicht für gerechtfertigt, betrachten als Mischzustände dieser Art nur die seltenen, auch durch Ideenflucht und Ablenkbarkeit neben der agitierten Depression charakterisierten Fälle.

Eine dritte Mischform stellt die sog. unproduktive Manie vor, bei der sich neben manischer Stimmung und Erregung, Denkhemmung an Stelle der Ideenflucht findet.

Durch diese verschiedenartigen Mischzustände[1]), von denen die angeführten nur die häufiger vorkommenden darstellen, werden die schon geschilderten Variationsmöglichkeiten der Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins noch vermehrt und die Krankheitsbilder ungemein vielgestaltige und mannigfache. Da einerseits alle möglichen Kombinationen, was Färbung, Schwere und Zeitdauer der einzelnen Krankheitsphasen betrifft, vorkommen, andererseits die verschiedene Länge der Intervalle dem Krankheitsverlauf ein wechselvolles Gepräge verleiht, ist es leicht verständlich, daß sich eine alle Möglichkeiten der Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins erschöpfende Darstellung nicht geben läßt.

Ausgänge und Prognose.

Die Prognose für den einzelnen Anfall des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins ist im allgemeinen eine günstige. Selbst nach langer Dauer des manischen oder depressiven Stadiums pflegen die krankhaften Erscheinungen wieder zu verschwinden. Wenn sich jedoch schwere, lang andauernde Anfälle häufig wiederholen, dann treten in manchen Fällen allmählich dauernde psychische Veränderungen ein, welche in der Regel weniger die intellektuelle Seite betreffen, sondern vorwiegend in Veränderungen des Charakters und der gemütlichen Sphäre bestehen. Die Kranken werden reizbar, gleichgültig und willenlos, oft zeigen sie andauernd eine Neigung zu abnormem Stim-

[1]) Ich beobachtete eine eigenartige Mischform von manisch-depressivem Irresein bei einer Patientin, welche nach zuerst alternierendem Verlauf typisch melancholischer und leichter manischer Phasen später bei äußerlich manischem Verhalten (Neigung zu Singen, Pfeifen, schnippischen, treffenden Bemerkungen, Ablenkbarkeit usw.) ausgesprochene Kleinheitswahnvorstellungen in den mannigfachsten Variationen vorbrachte. Der Gesichtsausdruck zeigte in sehr deutlicher Weise eine Mischung von manischen und depressiven Zügen (sauersüßer Ausdruck).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mungswechsel. Von besonders ungünstiger Bedeutung für die Erhaltung des geistigen Besitzstandes scheint die Kürze der Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Anfällen zu sein. Kurzdauernde Anfälle mit ganz kurzen Intervallen, so daß Erregung und Beruhigung in ziemlich regelmäßigem Wechsel fast unmittelbar auf einander folgen, führen häufig ziemlich rasch zur Verblödung.

Bei den streng zirkulären Formen sieht man mitunter, daß sich die Regelmäßigkeit der Zyklen bei langer Dauer der Krankheit mehr und mehr verwischt, die Intensität der Krankheitserscheinungen abblaßt, und die Anfälle immer seltener werden.

Eine Aussicht auf dauernde Heilung ist, wenn sich erst einmal Anfälle vom Typus des zirkulären Irreseins entwickelt haben, im Prinzip nicht vorhanden, wir müssen dann stets mit der großen Wahrscheinlichkeit rechnen, daß sich gleiche oder ähnliche Anfälle später wiederholen werden, praktisch aber können besonders die leichten Formen des zirkulären Irreseins einen so günstigen Verlauf zeigen, daß die Patienten bei geeignetem Verhalten keine wesentliche, dauernde Einbuße ihrer Lebens- und Schaffensfreudigkeit zu erfahren brauchen.

Diagnose.

Aus der Beobachtung eines einzelnen manischen oder depressiven Anfalls können wir keine sicheren Anhaltspunkte für die Entscheidung der Frage gewinnen, ob derselbe eine Phase im Verlauf des zirkulären Irreseins darstellt. Erst die Feststellung eines aus einem melancholischen und einem manischen Stadium zusammengesetzten Zyklus gibt für die Diagnose genügenden Anhalt.

Je rascher und brüsker sich der Umschwung der einen Phase in die andere vollzieht, je schneller dieselben bei deutlicher Ausbildung der Symptome zum Ablauf kommen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um Stadien des zirkulären Irreseins handelt. Es geht aus unserer Darstellung ferner hervor, daß auch vereinzelte unregelmäßig auf einander folgende manische und depressive Anfälle weitere Anfälle dieser Art sehr wahrscheinlich machen. Das Auftreten der geschilderten Mischzustände im Verlauf eines manischen oder depressiven Anfalls läßt auf Zugehörigkeit desselben zum manisch-depressiven Irresein schließen. Ja es weisen mitunter schon ganz flüchtige Affektschwankungen, ein kurzes Lächeln, eine treffende lebhafte Bemerkung während der depressiven Phase, auf die Zugehörigkeit des Krankheitsbildes zum manisch-depressiven Irresein hin. Die durch starke psychomotorische Hemmung ausgezeichneten Depressionszustände des jugendlichen Alters bilden in vielen Fällen die Einleitung zu späteren zirkulären Verlaufsweisen.

Was die Unterscheidung der einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins von den Erregungs- und Hemmungszuständen der Katatonie, der Paralyse usw. betrifft, verweisen wir auf die Ausführungen in den früheren Kapiteln.

Therapie
der periodischen (und zirkulären) Seelenstörungen.

Bei der Behandlung der einzelnen Anfälle im Verlauf der periodischen Manie und Melancholie, sowie der alternierenden Phasen des zirkulären Irreseins gelten dieselben Regeln, die bei der Therapie der einfachen Manie und Melancholie (vgl. S. 98 u. 111) in Betracht kamen. Bei den schweren Fällen ist Anstaltsbehandlung fast stets not-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wendig. Da jedoch die periodisch auftretenden Psychosen nicht selten einen besonders milden Verlauf zeigen (die sog. Cyklothymien), kann in manchen dieser Fälle bei günstigen äußeren Verhältnissen von der Unterbringung in eine Anstalt Abstand genommen und eine häusliche Behandlung eingeleitet werden.

Vielfach ist der Versuch gemacht worden, die kommenden Anfälle durch Darreichung bestimmter Mittel zu kupieren, wozu besonders Formen mit kurzen, schnell auf einander folgenden Krankheitsphasen geeignet schienen. So hat man in manchen Fällen die zu erwartende Erregung durch Gaben großer Bromdosen (12—15 g täglich) mit Erfolg zu verhindern versucht, um nach den kritischen Tagen ganz allmählich mit der Dosierung des Mittels herunterzugehen. Ferner ist es gelungen, durch subkutane Injektion kleiner Atropindosen, beginnend mit sehr geringen Mengen (0,1—0,3 mg) und allmählichem Steigen mit den Mitteln den Ausbruch der Erregungszustände in einigen Fällen zu kupieren, resp. den Verlauf derselben zu einem milderen zu gestalten. Daß diese Behandlungsmethoden nur im Krankenhaus unter dauernder ärztlicher Kontrolle ausgeführt werden dürfen, bedarf kaum einer Erwähnung.

Besondere Indikationen sind bei der Behandlung der periodischen psychischen Anomalien vom Typus der menstruellen Psychosen zu erfüllen. Vollständige Bettruhe zur Zeit der Menses ist beim Bestehen auch leichtester menstrueller Erregungszustände ein unbedingtes Erfordernis. Zweckmäßig ist es, die Patientinnen schon einige Tage vor dem vermutlichen Einsetzen der Menses das Bett hüten zu lassen und die Bettruhe noch auf einige Tage nach dem Aufhören der Blutungen auszudehnen. Bei den schweren Fällen der menstruellen periodischen Psychosen ist die kupierende Brombehandlung (große Dosen!) in Verbindung mit absoluter Bettruhe und reichlicher Ernährung nicht selten von gutem Erfolg begleitet.

In den intervallären Zeiten ist den an periodisch auftretenden Psychosen leidenden Kranken ein möglichst ruhiges, einfaches Verhalten, Fernhalten von allen Exzessen, besonders auch alkoholischer Art, anzuraten.

Bei dem häufigen Beginn der periodischen Psychosen in den Pubertätsjahren muß die Überwachung der geistigen und körperlichen Entwicklung nervös veranlagter Kinder in diesen Zeiten eine besonders sorgfältige sein, um nach Möglichkeit auf dem Wege der Prophylaxe den Ausbruch der Störungen zu verhindern.

Pathologische Anatomie.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Gehirns bei der Manie, Melancholie, den periodischen und zirkulären Geistesstörungen haben bisher ein negatives Resultat ergeben. Es ist noch nicht gelungen, die diesen Psychosen wahrscheinlich zugrunde liegenden Veränderungen der Hirnrinde durch die uns zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden nachzuweisen.

Literatur.

Außer den unter Manie und Melancholie zitierten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie:

Bumke, Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. N. F. Bd. 20.

Homburger, Manisch-depressives Irresein (mit ausführlichem Literaturverzeichnis 1906—1910). Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie 1911, Bd. II.

Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Sammlung zwang-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

loser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausg. von ALT, 1897, Bd. I., H. 9.
HITZIG, Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 1.
HÜBNER, Ueber den Selbstmord. Jena 1910 G. Fischer.
KAHLBAUM, Ueber zyklisches Irresein (Vortrag). — Korrespondenzblatt des Verbandes des schlesischen Aerztevereins 1882, Nr. 8.
KEMMLER, Ueber die Depressionszustände des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Archiv f. Psych., Bd. XXVII.
v. KRAFFT-EBING, Psychosis menstrualis, Stuttgart 1902.
MEYER, L., Ueber zirkuläre Geisteskrankheiten. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 4, 1874.
PICK, Ueber Aenderungen des zirkulären Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 51.
PILCZ, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.) Jena 1901.
REISS, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Berlin 1910. J. Springer.
THALBITZER, Die maniodepressive Psychose. — Das Stimmungsirresein. Archiv f. Psych., Bd. 43.
THOMSEN, Ueber die praktische Bedeutung des manisch-depr. Irreseins. Mediz. Klinik. 1910 Nr. 45, 46.
WILMANNS, K., Die leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins (Cyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Sammlung klin. Vorträge Nr. 434, (Inn. Med.).
WEYGANDT, Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins, München 1899.
ZIEHEN, Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1898, III, 1.

Die Neurasthenie oder Nervenschwäche.[1])

Wesen der Krankheit und allgemeines Krankheitsbild.

Die Nervenschwäche, welche der Neurasthenie den Namen gegeben hat, bildet nur einen Teil der Erscheinungen dieses Leidens. Mit der Schwäche des Nervensystems geht regelmäßig eine große Erschöpfbarkeit desselben Hand in Hand, die den Neurastheniker zu fortgesetzter und andauernder geistiger oder körperlicher Arbeit unfähig macht. Ein wesentliches Symptom tritt uns ferner in der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems entgegen, welche die Ursache ist, daß schon leichteste Reize in quantitativer und qualitativer Hinsicht eine abnorme Reaktion hervorrufen. Durch die geringfügigsten Einflüsse werden die Grenzen des Normalen überschreitende Wirkungen erzielt, die sich körperlich in abnormen Reizsercheinungen, auf psychischem Gebiete in erster Linie in Unlustgefühlen und Verstimmungen oder ängstlichen Erregungszuständen zu äußern pflegen.

Diese erhöhte Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit (reizbare Schwäche) des Nervensystems ist eine in der Neuzeit besonders bei den Bewohnern großer Städte außerordentlich häufig anzutreffende Erscheinung, so daß die Neurasthenie wohl diejenige Neurose darstellt, welche das größte Kontingent der ärztlichen Rat suchen-

[1]) Den Namen „Neurasthenie" verdanken wir dem amerikanischen Neurologen BEARD, der diese „modernste" Krankheit in ausgezeichneter Weise an der Hand eines großen Beobachtungsmaterials geschildert hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Nervenleidenden bildet. Ebenso häufig wie das Leiden ist, ebenso mannigfaltig sind die Erscheinungsformen, unter denen es auftritt. Da die reizbare Schwäche nicht nur das Gehirn, die Sinnesorgane, das Rückenmark, sondern auch den Zirkulations- und Gefäßapparat, das Verdauungs- und Fortpflanzungssystem, die sympathischen Nerven, mit einem Wort das ganze Nervensystem ergreifen kann, bietet nach der wechselnden Lokalisation und Verteilung der Symptome das Krankheitsbild eine fast unerschöpfliche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen dar. Von den leichtesten Formen der Neurasthenie, die, noch das Gebiet des Normalen streifend, sich vorwiegend in größerer Empfindlichkeit, Reizbarkeit, leichterem „Angegriffensein" dokumentieren, führen alle Übergänge zu Verlaufsweisen mit schweren geistigen und körperlichen Krankheitserscheinungen, die jede geordnete Betätigung unmöglich machen, lähmend auf die Leistungsfähigkeit und Lebensfreude einwirken, hinüber.

Aetiologie.

Die wichtigste Vorbedingung für die Entstehung der Neurasthenie bietet die **neuropathische Belastung,** d. h. die in der Familie bestehende, durch Vererbung sich fortpflanzende Neigung zu Erkrankungen des Nervensystems. Auf dem Boden dieser angeborenen nervösen Veranlagung kommen einerseits Fälle von Neurasthenie zur Beobachtung, in denen sich die neurasthenischen Erscheinungen bis in die früheste Kindheit, nicht selten in Verbindung mit anderen körperlichen und geistigen Zeichen der Degeneration verfolgen lassen, andererseits entwickelt sich bei bestehender Heredität häufig im späteren Leben eine Neurasthenie unter der Einwirkung der verschiedenartigsten psychischen und körperlichen Schädigungen. Dieselben Schädlichkeiten können aber zweifellos auch ohne hereditäre Veranlagung zum Ausbruch einer Neurasthenie führen, wenn sie stark genug sind, um ein vorher intaktes Nervensystem vorübergehend oder dauernd in den krankhaften Zustand reizbarer Schwäche zu versetzen.

Alle Einflüsse, die, allgemein gesagt, das Nervensystem übermäßig anstrengen, ermüden und erschöpfen, sind imstande, unter Umständen das Krankheitsbild der Neurasthenie hervorzurufen. Die hervorragendste Bedeutung unter diesen Schädlichkeiten kommt psychischen Momenten zu. Geistige Überanstrengung, Überarbeitung, Überlastung mit Berufsgeschäften spielen unter den ätiologischen Faktoren eine sehr hervorragende Rolle; Kopfarbeiter erkranken deshalb am häufigsten an Neurasthenie, obwohl auch unter den Handarbeitern, in allen Bevölkerungsschichten, die Krankheit weit verbreitet ist.

Namentlich wirkt die Überanstrengung in den Fällen schädlich, in denen andauernde intellektuelle Inanspruchnahme mit sich ständig wiederholenden gemütlichen Erregungen und großer Verantwortlichkeit verbunden ist. So sehen wir die Erkrankung nicht selten während der Vorbereitung zu einem Examen entstehen, auch die Schulüberbürdung kann den ersten Anstoß zur Entwicklung des Leidens geben. Ungenügender Schlaf, Mangel an frischer Luft und Bewegung begünstigen in diesen Fällen den Krankheitsausbruch. Der erschwerte Kampf ums Dasein, die gesteigerten Anforderungen, die das moderne Leben an den einzelnen, namentlich in großen Verkehrszentren, stellt, sind eine ergiebige Quelle für die Entstehung von Neur-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

asthenien und haben unzweifelhaft eine erhebliche Zunahme dieses Leidens herbeigeführt.

Neben diesen psychischen Schädlichkeiten kommen bei der Entstehung der Neurasthenie die allerverschiedensten körperlichen Ursachen in Betracht. Sie pflegen besonders wirksam zu sein, wenn sie sich, wie es recht häufig der Fall ist, mit ersteren verbinden. Chronische erschöpfende Krankheiten, insbesondere chronische Affektionen der Verdauungsorgane, ferner die mannigfachen Erkrankungen der weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane, unter denen die Gonorrhöe und Syphilis mit ihren Folgezuständen eine hervorragende Rolle spielen, akute Infektionskrankheiten (Typhus, Influenza usw.), von den konstitutionellen Krankheiten vornehmlich Gicht und Diabetes, führen nicht selten zu neurasthenischen Symptomenkomplexen.

Sexuelle Exzesse jeder Art, in erster Linie in frühem Alter begonnene und lange Zeit fortgesetzte Masturbation sind eine häufige Ursache (nicht selten allerdings auch Folge) neurasthenischer Erkrankungen.

Körperliche Überanstrengungen der verschiedensten Art, Mißbrauch der Genußmittel (besonders des Alkohols und des Tabaks), ausschweifendes Leben, Nachtwachen, alle diese Schädlichkeiten können die Neurasthenie zum Ausbruch bringen, vornehmlich, wenn sie einen noch nicht ausgebildeten, in der Entwicklung begriffenen Organismus (Pubertätsjahre), sowie ein schon geschwächtes oder durch hereditäre Belastung dipsoniertes Nervensystem betreffen.

In neuerer Zeit ist von KRAEPELIN der Versuch gemacht worden, die durch erschöpfende Ursachen bei vorher gesunden Menschen hervorgerufenen nervösen Störungen als „chronische konstitutionelle Erschöpfung" von der auf hereditärer Basis bei Degenerierten entstehenden „Nervosität" zu trennen. Diese theoretisch wohlbegründete Scheidung wird sich praktisch in der Mehrzahl der Beobachtungen kaum durchführen lassen, da sich bei der Neurasthenie endogene und exogene Krankheitsursachen in der mannigfaltigsten und oft nicht zu entwirrenden Weise miteinander zu verbinden pflegen, so daß es im Einzelfall häufig rein willkürlich ist, ob man hereditäre Belastung oder äußere Schädlichkeiten, deren Wirksamkeit ja wieder in erster Linie von der angeborenen Resistenzfähigkeit des Nervensystems abhängt, ätiologisch in den Vordergrund stellt. Die Tatsache, daß schwere hereditäre Belastung die Prognose beeinflussen und dem Krankheitsbilde symptomatologisch eigenartige Züge verleihen kann, hat BINSWANGER zur Aufstellung einer besonderen klinischen Varietät „der hereditären Form der psychischen Neurasthenie" geführt. CRAMER hat für diese Form den Namen „endogene Nervosität" gewählt und sie scharf von der echten „Neurasthenie" getrennt.

Symptomatologie.

Die reizbare Schwäche, welche wir als eine Grundlage aller Erscheinungen der Neurasthenie bezeichnet haben, tritt uns auf den verschiedensten Gebieten des Nervensystems teils in pathologischen Herabsetzungen der Erregbarkeit, teils in abnormen Steigerungen derselben in überaus mannigfacher Weise entgegen.

Zu den wichtigsten Symptomen gehören Kopfschmerz, Schwindelgefühl und Schlaflosigkeit, die in sehr verschiedener Intensität und Ausbildung vorhanden sein können. Die Störungen des Schlafes pflegen zu den quälendsten und hartnäckigsten Erscheinungen der Neurasthenie zu gehören.

Unter den Störungen der höheren Sinnesorgane kommen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störungen der Gesichtsempfindung (Flimmern vor den Augen, gesteigerte Lichtempfindlichkeit, Ermüdbarkeit der Augen usw.), die man unter dem Namen der neurasthenischen Asthenopie zusammengefaßt hat, sowie eine Überempfindlichkeit gegen Schalleindrücke (Hyperakusis) zur Beobachtung. Recht häufig werden die Erscheinungen der nervösen Asthenopie schon bei Kindern beobachtet.

Sensible Reizerscheinungen in den verschiedensten Teilen des peripherischen Nervensystems spielen eine erhebliche Rolle in dem Krankheitsbilde. Mannigfache neuralgiforme Schmerzen und Parästhesien werden von den Kranken an den Extremitäten und am Rumpfe angegeben. Meist handelt es sich nicht um sehr intensive Schmerzen, viel häufiger um ziehende, vibrierende, drückende, nagende Empfindungen oder um das Gefühl von Taubsein, Abgestorbensein, Kriebeln, Kälte, mit vorwiegender Lokalisation dieser Parästhesien an Händen und Füßen. Die bei Neurasthenikern häufig zu findende oberflächliche Druckempfindlichkeit einzelner Wirbel oder der ganzen Wirbelsäule (Spinalirritation) ist früher oft fälschlich als Symptom eines Rückenmarksleidens gedeutet worden.

Im Bereich der Motilität bilden Schwächegefühl und große Ermüdbarkeit sehr häufige Erscheinungen; die Ermüdbarkeit kann so hochgradig sein, daß schon leichte Anstrengungen vorübergehende völlige Leistungsunfähigkeit zur Folge haben. Das Gefühl der Muskelschwäche ist in der Regel ein subjektives, so daß sich ein Ausfall von einzelnen Bewegungen oder eine deutliche Abnahme der groben Kraft nach Art einer Lähmung nicht nachweisen läßt.

Zittern der Hände in Gestalt eines feinschlägigen Tremors, Zittern der Lider bei geschlossenen Augen, sowie fibrilläre Muskelzuckungen, die besonders häufig am Orbicularis oris und palpebrarum auftreten, sind Erscheinungen, die sich bei der Neurasthenie oft aufs deutlichste ausgebildet finden. In vielen Fällen ist eine Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit nachweisbar. Die Sehnenreflexe, namentlich die Kniephänomene, sind in der Mehrzahl der Fälle gesteigert, mitunter ist auch Fußklonus, meistens jedoch nur in Gestalt eines schwachen, leicht erschöpfbaren Fußzitterns, hervorzurufen.

Im Bereich der Hirnnerven finden sich keine Lähmungserscheinungen, besonders ist die Lichtreaktion der Pupillen stets eine prompte. Pupillendifferenzen geringen Grades sind kein ganz seltenes Vorkommnis.

Die Sprache des Neurasthenikers ist, wenn wir von den häufig vorkommenden Komplikationen mit Stottern und einem leichten, bisweilen unter dem Einfluß psychischer Erregung oder von Ermüdung auftretenden Hesitieren absehen, nicht gestört.

Eine ganz hervorragende Bedeutung kommt den **psychischen Veränderungen** im Krankheitsbilde der Neurasthenie zu. Dieselben fehlen in keinem Falle, häufig stehen sie im Mittelpunkt der krankhaften Erscheinungen und verbinden sich mit den geschilderten körperlichen Symptomen in der mannigfachsten Weise.

Die reizbare Schwäche, welche das Seelenleben des Neurasthenikers kennzeichnet, tritt uns ebenso in der leichten Ermüdbarkeit bei jeder geistigen Anstrengung wie in der krankhaften Reizbarkeit seiner Stimmung entgegen. Schon nach kurzdauernder geistiger Arbeit läßt die Aufmerksamkeit nach, so daß die gewohnten Beschäftigungen weit mehr Zeit in Anspruch nehmen, wie in der gesunden Zeit. Im mündlichen und schriftlichen Verkehr macht sich eine gewisse Zerfahrenheit und Unsicherheit des Gedankenganges bemerkbar, Erschei-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rungen, welche auf die krankhafte Ermüdbarkeit, nicht auf eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten zurückzuführen sind. Die Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren, die Unstetigkeit der Gedanken wird gesteigert durch die Neigung dieser Kranken, sich fortwährend mit ihrem Zustand zu beschäftigen, über ihre verschiedenartigen körperlichen Sensationen und Schmerzen, die infolge einer krankhaft veränderten Selbstempfindung in mannigfacher Weise hypochondrisch verarbeitet und gedeutet werden, nachzudenken (vgl. folgendes Kapitel). Die reizbare Stimmung, in der sich der Neurastheniker befindet, wird durch die verschiedenartigen Parästhesien und Schmerzen wesentlich gesteigert, der Kranke findet in diesen Einwirkungen eine ergiebigere Quelle zu immer neuem Ärger und Mißmut, So kommt es, daß diese Kranken oft durch die geringste Kleinigkeit in heftigen Affekt geraten, durch „die Fliege an der Wand" geärgert werden, daß sie auch den leichtesten Widerspruch nicht ertragen können.

Der neurasthenische Ärger pflegt jedoch nicht von langer Dauer zu sein, nach einer heftigen Entladung alsbald zu verrauchen. In manchen Fällen tritt neben der krankhaften Reizbarkeit ein abnormer Wankelmut und Entschlußunfähigkeit hervor, die den Kranken zu jeder Willensanspannung unfähig macht.

So klagte mir ein jugendlicher Neurastheniker, er könne sich nicht einmal mehr entschließen, dem Arzte gegenüber seine mannigfachen Beschwerden vorzubringen.

Die Schlaffheit und Energielosigkeit kann so weit gehen, daß die Patienten in einen Zustand völliger geistiger und körperlicher Untätigkeit verfallen, den ganzen Tag über auf dem Sofa liegen, schließlich das Bett nicht mehr verlassen wollen. Der rücksichtslose Egoismus, der diese launenhaften Patienten nicht selten beherrscht, macht sie zu einem schwierigen Gegenstand der Behandlung und Pflege. Viele Fälle, in denen die hereditäre nervöse Belastung unter den ätiologischen Momenten in den Vordergrund tritt („hereditäre Form" der Neurasthenie, Binswanger), bieten mannigfache und wechselvolle, auf die Entartung hinweisende Erscheinungen dar, die besonders in Störungen des Trieblebens, ungewöhnlich starken oder abnormen sexuellen Neigungen, Zwangsvorstellungen, in dem Hang zu Träumereien, zum Fabulieren und Lügen, großer Selbstüberschätzung hervortreten. Das gesamte Handeln und Wollen der Kranken kann durch diese Symptome in hohem Grade beeinflußt werden. Die intellektuellen Fähigkeiten der Kranken zeigen meist keine deutlichen Störungen, sie sind in manchen Fällen, nicht selten in Verbindung mit künstlerischer Begabung, sehr gut entwickelt, obwohl die Patienten selbst klagen, daß sie die Herrschaft über ihr Denken verloren hätten, da sich ihre Gedanken bald überstürzten, bald ihnen der Gedankenfaden abrisse. Die Anfänge des Leidens reichen bei der hereditären Form der Neurasthenie in eine frühe Lebensepoche, meist schon vor die Pubertätsentwicklung zurück.

In einer Reihe von Fällen tritt die reizbare Schwäche der Neurasthenie gegen eine andauernde depressive Stimmung mit Angstanfällen (die „konstitutionelle Verstimmung" Kraepelins) in den Hintergrund. Diese traurige Verstimmung geht in der Mehrzahl der Fälle mit neurasthenischen Symptomen von Anfang an Hand in Hand, in anderen Fällen kann sie sich dem neurasthenischen Symptomenkomplex erst später zugesellen. Der Grundzug dieser Krankheitszustände wird von einer gedrückten, mutlosen oder auch verbitterten Gemütsstimmung mit Neigung zu heftigen Zornausbrüchen gebildet. Der Verlauf ist ein schlep-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pender, mit mannigfachen Remissionen und Exazerbationen der Krankheitserscheinungen. Ein auffallender Mangel an Gleichmäßigkeit und Einheitlichkeit der Stimmung ist für viele dieser Fälle, die bei hereditär Belasteten zur Beobachtung kommen, charakteristisch. Unter dem Namen der „neurasthenischen (Pseudo-) Melancholie" sind neuerdings Krankheitsformen beschrieben worden (FRIEDMANN), die sich symptomatologisch kaum von den echten Melancholien unterscheiden lassen, ihrem Wesen nach aber als zur Neurasthenie gehörige Erschöpfungsneurosen aufzufassen sind.

Eines der wesentlichsten Symptome der Neurasthenie auf psychischem Gebiet sind **Angstaffekte,** die in verschieden starker Ausbildung fast ausnahmslos vorhanden sind. Die Angstaffekte stellen häufig eine primäre Erscheinungsform der neurasthenischen Seelenstörung vor, nicht selten treten sie aber auch sekundär in enger Verknüpfung mit den mannigfachen, beunruhigenden körperlichen Empfindungen oder als Folge resp. Begleiterscheinung bestimmter Störungen des Vorstellungsablaufes (Zwangsvorstellungen) auf. Die mitunter in der Herzgegend oder im Kopf lokalisierte, häufig aber auch ganz unbestimmte Angst kann durch sehr mannigfache äußere Veranlassungen hervorgerufen werden. Manche Neurastheniker empfinden selbst bei der Ausführung der einfachsten, täglichen Verrichtungen (Schreiben, Essen usw.) Angstgefühle (Pantophobie). Bei anderen werden diese Gefühle durch den Anblick einzelner Personen, von Menschen überhaupt oder durch bestimmte Situationen ausgelöst. So hat man eine Anthropophobie (Furcht, mit Menschen zusammen zu sein), Claustrophobie (Furcht, in einem engen Raume zu sein) und viele andere Phobien unterschieden.

Am bekanntesten ist die Agoraphobie (Platzangst oder Platzfurcht), welche darin besteht, daß manche Personen, wenn sie einen freien Platz zu überschreiten im Begriffe sind, von einem enormen Angstgefühl, einer wahren Todesangst, verbunden mit Zittern, Oppressionsgefühl auf der Brust, Herzklopfen, einem Gefühl von Gefesseltsein am Boden, mit der Angst, hinzustürzen, befallen werden. In der zwingenden Gewalt des dem Kranken selbst unerklärlichen, plötzlich auftretenden Angstgefühls liegt das Charakteristische des Zustandes, der verschwunden ist, sobald es dem Betroffenen gelungen ist, unter großer Überwindung allein oder, was die Ausführung in der Regel bedeutend erleichtert, in Begleitung den Platz zu überschreiten. Ähnliche heftige Angstempfindungen können beim Passieren langer Häuserfronten, beim Überschreiten einer Brücke, inmitten großer Menschenmengen, entstehen. Das Auftreten und die Wiederkehr solcher Anfälle wird nicht selten durch eine gewisse Befangenheit begünstigt, so daß Geistliche beim Betreten der Kanzel, Lehrer auf dem Katheder unter plötzlich auftretenden Angstzuständen zu leiden haben. Auch die Furcht zu erröten (Erythrophobie) mit dieser Vorstellung leicht folgendem Erröten, wird mitunter beobachtet.

In nahen Beziehungen zu den **Phobien,** bei denen unter bestimmten Umständen zwangsweise bestimmte Furchtvorstellungen ausgelöst werden, stehen die **Zwangsvorstellungen** im engeren Sinne.

Das Charakteristische dieser Zwangsvorstellungen besteht nach der Definition C. WESTPHALS darin, daß die Vorstellungen bei intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, sich aus dem Ideenkreis nicht verscheuchen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lassen, obwohl sie von dem Betreffenden als abnorme, ihm fremdartige anerkannt werden und er ihnen mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht. Dieser Denkzwang kann als selbständige Erscheinung in dem Krankheitsbilde der Neurasthenie eine so dominierende Stellung einnehmen, daß neben dieser Störung alle übrigen Symptome mehr oder weniger in den Hintergrund treten. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist außerordentlich mannigfaltig, oft ganz gleichgültiger Natur. Sie drängen sich nicht selten in Form von Fragen (Grübel- und Fragesucht) oder in Gestalt des Zweifels (folie du doute) in den Ablauf der Vorstellungen hinein. Die Fragen beziehen sich bald auf die gewöhnlichsten Dinge der Umgebung — wieviel Ziegelsteine auf dem Dach? wieviel Fenster vorhanden? wieviel Menschen gehen vorüber? — bald auf die schwierigsten metaphysischen Dinge, wie ist die Welt — wie sind die Sterne entstanden? was ist Gott, was ist Natur, die Ewigkeit? Alle diese Fragen werden dadurch, daß sie sich in keiner Weise verscheuchen lassen, schließlich bei jeder Beschäftigung, jedem Sinneseindruck auftreten, zu einer äußerst quälenden, krankhaften[1]) Erscheinung.

Die Zwangsvorstellungen in Zweifelform, ob ein Brief richtig in den Kasten geworfen, ein Licht ausgelöscht, die Tür verschlossen, eine Unterschrift richtig gegeben sei, werden häufig beobachtet und imponieren besonders durch sich anknüpfende Handlungen, fortwährendes zwangsartiges Sehen nach dem Licht, wiederholtes Zurückkehren nach der verschlossenen Tür usw. als krankhaft.

In einer weiteren Reihe von Fällen verbinden sich mit den Zwangsvorstellungen motorische Antriebe der sonderbarsten Art. Plötzlich auftretende Vorstellungen gotteslästerlichen oder obszönen Inhalts bei feierlichen Gelegenheiten, die sich mit zwangsartigen Impulsen zu fluchen, obszöne Worte auszustoßen (Koprolalie) verbinden, werden ebenso wie Antriebe, fremde Menschen oder auch geliebte Personen der Umgebung beim Anblick spitziger oder schneidender Instrumente zu verletzen und niederzustoßen, eine Quelle intensiver Beängstigungen für den Kranken. Es ist leicht verständlich, daß Kranke, bei denen die Zwangsvorstellungen mit diesen motorischen Impulsen einhergehen, die sie auf jede Weise zu bekämpfen und zu verbergen suchen, durch ihr dadurch verursachtes sonderbares Benehmen ihrer Umgebung zeitweilig einen geistesgestörten Eindruck machen können.

Was das Auftreten der Zwangsvorstellungen betrifft, befindet sich der Kranke beim ersten Aufsteigen derselben häufig in einer völlig ruhigen, indifferenten Gemütslage, so daß es erst sekundär infolge des quälenden Denkzwanges zu Angstaffekten kommt. Die Angst pflegt besonders dann aufzutreten, wenn der Kranke versucht Widerstand gegen die sich ihm aufdrängenden Zwangsgedanken und Impulse zu leisten, sie kann in diesen Fällen eine bedeutende Höhe erreichen, zu allgemeinen Erregungszuständen („Krisen") führen. In anderen Fällen können bei der Entstehung von Zwangsvorstellungen Emotionszustände mitbeteiligt sein, ihr Auftreten begünstigen; die erste krankhafte Erscheinung pflegt jedoch auch in diesen Fällen „eine aufsteigende primäre Vorstellung" zu sein. Auf der Höhe der ängstlichen Erregung kann die Einsicht in das Krankhafte und Unsinnige der Zwangsvorstellungen verloren gehen, dieselben können

[1]) Die Erfahrung lehrt, daß ähnliche Zustände, das sich zwangsmäßige Aufdrängen von Melodien, Versen, das Zählen von Laternen, Umdrehen von Zahlen, Namen usw. sich vorübergehend auch bei Gesunden, besonders in erschöpftem Zustand, finden, um nach eingetretener Erholung wieder zu verschwinden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

somit vorübergehend den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen. In den Remissionen der Angst gelingt es jedoch fast regelmäßig, die Kranken von der Unsinnigkeit ihrer Vorstellungen wieder zu überzeugen. Es ist deshalb der Übergang dieser auf dem Boden der Neurasthenie entstehenden Zwangsvorstellungen in Geisteskrankheiten mit fixierten, unkorrigierbaren Wahnvorstellungen nicht zu befürchten.

Diese Zwangsvorstellungen können vorübergehend im Verlaufe einer Neurasthenie besonders in Zeiten großer geistiger Erschöpfung und Ermüdung auftreten, um bei zunehmender Kräftigung völlig zu verschwinden. In anderen Fällen sind sie dauernd vorhanden, verleihen dem Krankheitsbild ein eigenes Gepräge und geben mitunter in paroxysmellen Steigerungen zu schweren Störungen des psychischen Gleichgewichts Veranlassung, ohne jedoch in der Regel selbst bei sehr langem Bestehen eine Schwächung der intellektuellen Fähigkeiten zur Folge zu haben. Die Mehrzahl der Fälle, in denen Zwangsvorstellungen eine hervortretende und langandauernde Erscheinung bilden, sind auf hereditärer, degenerativer Basis entstanden.[1]) Bei ausgesprochener neuropathischer Belastung lassen sich mitunter Zwangsvorstellungen schon im frühen Kindesalter nachweisen.

Man rechnet diese vorwiegend bei Degenerierten vorkommenden Fälle von psychischer Neurasthenie in der Regel den sog. „Grenzfällen" zu, um Zustände zu bezeichnen, die gleichsam auf der Grenze von geistiger Gesundheit und Krankheit stehen, noch nicht den Geisteskrankheiten im engeren Sinne zuzuzählen sind.

Es ist aber zu bemerken, daß auf diesem Boden der Degeneration nicht selten ausgesprochene Psychosen, von kurz dauernden akuten Verwirrtheitszuständen, dem „délire d'emblée" der Franzosen, bis zum ausgesprochenen „degenerativen Irresein" (Binswanger, Ziehen) zur Entwicklung kommen. Ferner entstehen bei der „endogenen Nervosität" im Anschluß an äußere Schädlichkeiten der verschiedensten Art (fieberhafte Erkrankungen, Menstruationsstörungen usw.) mitunter transitorische psychische Störungen, die meist den Charakter eines traumhaft veränderten Bewußtseins tragen und in der Regel nach wenigen Tagen zur Heilung kommen (Cramer).

Da in einer Anzahl von Fällen vorwiegend bestimmte Organe von den Erscheinungen der reizbaren Schwäche befallen werden, hat man nach der Lokalisation dieser vorherrschenden Symptome eine vasomotorische (angioneurotische), dyspeptische und sexuelle Form der Neurasthenie unterschieden, ohne daß dieser Einteilung eine besondere klinische Bedeutung zukäme. Die gesteigerte Erregbarkeit des Herznervensystems, mannigfache nervöse Störungen des Verdauungsapparates, Herabsetzung der sexuellen Leistungsfähigkeit bis zur Impotenz, bilden in Verbindung mit den verschiedenartigsten krankhaften Empfindungen an den betroffenen Organen wesentliche Erscheinungen dieser Neurastheniefformen.[2])

---

[1]) Mannigfache Beobachtungen haben gezeigt, daß auch unter den Initialerscheinungen und im Verlaufe der Paranoia, der Melancholie, sowie anderer Psychosen zwangsartig auftretende Vorstellungen vorkommen können (vgl. die betr. Kapitel).

[2]) In betreff der spezielleren Symptomatologie dieser Neurastheniefformen, welche keine selbständigen Krankheitsbilder darstellen, sondern vielfach ineinander übergehen, verweisen wir auf die Lehrbücher der inneren Medizin und der Nervenkrankheiten. An dieser Stelle geben wir nur eine Reihe der wichtigsten Erscheinungen in kurzen Zügen wieder.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der vasomotorischen Form klagen die Patienten über Herzklopfen oder über ein beängstigendes Gefühl, als ob das Herz stillstände, sowie über mannigfache unangenehme Sensationen, wie Druckgefühl, Wogen und Brennen, auch über schmerzhafte, krampfartige Empfindungen in der Herzgegend. Häufig wird das Gefühl von Blutandrang nach dem Kopf mit plötzlichem Erröten angegeben, welches bei der sog. Errötungsangst (Erythrophobie) eine sehr lästige und hartnäckige Erscheinung bildet.

Viele Kranke klagen über kalte Hände und Füße mit dem Gefühl von Eingeschlafensein und Taubsein derselben, während bei anderen Fällen abnorme Sensationen von Wärme mitunter in Verbindung mit heftigen Schweißausbrüchen hervortreten.

Mit den subjektiven Empfindungen einer veränderten Herzaktion gehen in einer Reihe von Fällen objektive Zeichen einer gestörten Herzinnervation Hand in Hand. Die mannigfachsten Veränderungen der Rhythmik der Herzaktion, Aussetzen des Pulses, das Abwechseln größerer Reihen schnellerer und langsamerer Pulse, mitunter Anfälle von Herzjagen (paroxysmale Tachykardie) werden beobachtet. Die Kranken selbst pflegen diesen Störungen der Herzaktion die größte Aufmerksamkeit zu schenken, jedes Aussetzen des Pulses mit Schrecken wahrzunehmen, so daß viele dieser Herzneurastheniker zu echten „Herzhypochondern" werden.

In vielen dieser Fälle ist die vasomotorische Übererregbarkeit dadurch nachweisbar, daß bei leichtem Hautreizen (Streichen mit einem stumpfen Instrument) sich intensive, längere Zeit andauernde Rötung der betreffenden Stelle mit Neigung zu Quaddelbildung (Urticaria factitia, Dermographie) einstellt. Da diese Erscheinung sich jedoch nach neueren Untersuchungen auch recht häufig bei Gesunden findet, kann ihr eine besondere diagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden.

In jüngster Zeit hat Herz unter dem Namen „Phrenokardie" eine Herzneurose beschrieben, deren Hauptsymptome in Herzschmerz, Veränderungen der Atmung und Herzklopfen bestehen. Nach diesem Autor soll die Neurose auf speziell sexuellen Ursachen („Sehnsucht nach Liebe") beruhen. Weitere Untersuchungen zeigten, daß das Krankheitsbild auch unabhängig von irgend welchen sexuellen Momenten bei psychisch Nervösen auftreten kann.

Für die Trennung von organischen Erkrankungen des Herzens ist der Umstand zu berücksichtigen, daß bei neurasthenischen Innervationsstörungen des Herzens, im übrigen Körper Zeichen schwerer Zirkulationsstörungen nicht nachweisbar sind, daß ferner die Abhängigkeit der Erscheinungen von dem allgemeinen psychischen Zustand, mit dessen Schwankungen auch die Herzbeschwerden kommen und vergehen, für Neurasthenie charakteristisch ist.

Die nervöse Dyspepsie ist eine sehr häufige Erscheinungsform der Neurasthenie und kann bei längerer Dauer zu tiefgreifenden Ernährungsstörungen mit erheblichem Sinken des Körpergewichts führen. Da schon bei Gesunden Appetit und Ernährungszustand bis zu einem gewissen Grade durch psychische Momente beeinflußt wird, ist es leicht verständlich, daß die reizbare Schwäche des Neurasthenikers mannigfache und hartnäckige Störungen der Magen- und Darmfunktion zur Folge haben kann.

In vielen Fällen ist der Appetit herabgesetzt oder fehlt vollkommen (neurasthenische Anorexie); diese Appetitlosigkeit ist häufig mit abnormen Empfindungen in der Mundhöhle, pappigem unangenehmen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geschmack verbunden, Nach den Mahlzeiten pflegen sich während des Verdauungsaktes unangenehme Empfindungen von Vollsein und Druck in der Magengegend, die sich bis zu ausgesprochenen Schmerzen steigern können, in Verbindung mit mannigfachen motorischen Störungen, wie Aufstoßen, Würgen, Erbrechen, selbst echtem Wiederkäuen (Rumination) einzustellen. Ein recht häufiges Symptom bildet dabei eine lebhafte peristaltische Unruhe des Magens und der Därme mit dem Gefühl von Flatulenz, der Gasauftreibung des Magendarmkanals. In vielen Fällen sind diese Störungen mit chronischer Obstipation verbunden, selten bestehen plötzliche, gewöhnlich durch heftige Gemütserregungen hervorgerufene Diarrhöen, die sich auch an jede Nahrungsaufnahme anschließen können. Sehr wesentlich werden alle diese Erscheinungen von dem allgemeinen Nervenzustand und der jeweiligen Gemütsstimmung beeinflußt, so daß bei psychischer Ablenkung die Beschwerden vorübergehend ganz verschwinden können.

Störungen des Sexualapparates beherrschen nicht selten das Krankheitsbild der Neurasthenie und bilden besonders häufig den Mittelpunkt der Störungen in den Fällen, in denen sexuelle Schädlichkeiten, in erster Linie Onanie, unter den ätiologischen Momenten eine Rolle spielen.

Die gesteigerte sexuelle Phantasie des Neurasthenikers ist häufig mit exzessiver Neigung zur Masturbation verbunden; diese wieder kann zu mannigfachen Reiz- und Schwächezuständen des Geschlechtsapparates führen. Unter diesen Störungen bilden häufige Pollutionen eine der gewöhnlichsten Klagen der Patienten. Diese Pollutionen treten oft mehrmals in der Nacht, mitunter auch am Tage unter der Einwirkung irgendwelcher sexueller Erregungen auf; in manchen Fällen findet der Samenabgang auch bei der Urin- und Stuhlentleerung oder ohne nachweisbare äußere Reize statt (Spermatorrhöe). Diese Samenverluste pflegen eine Quelle mannigfacher Befürchtungen und Selbstvorwürfe für die Kranken zu werden, zumal in populär medizinischen Schriften die Folgen der Selbstbefleckung in den grellsten und sehr übertriebenen Farben geschildert werden. Die psychische Depression, welche sich bei diesen Kranken entwickelt, führt in Verbindung mit ihrem immer mehr abnehmenden Selbstvertrauen und einer krankhaft gesteigerten Selbstbeobachtung häufig zur Herabsetzung der Potenz, welche sich bis zu völliger Impotenz steigern kann. Diese ist also wohl in der Mehrzahl der Fälle eine vorwiegend psychisch bedingte. Neurastheniker mit krankhaften Samenverlusten stellen wohl das größte Kontingent der über Impotenz klagenden Kranken dar.

Schwere Störungen der Blasenfunktion werden bei Neurasthenikern nicht beobachtet; nicht selten finden sich jedoch die Erscheinungen „der reizbaren Blase" mit vermehrtem Harndrang und häufiger, mitunter schmerzhafter Entleerung kleinerer Urinmengen. Auch bei diesem Symptome ist die psychogene Entstehung, die Abhängigkeit des Urindranges von der Vorstellung, oft in evidenter Weise zu konstatieren.

Eine eingehendere Schilderung verlangt eine Gruppe von Krankheitszuständen, die zur Neurasthenie in engster Beziehung stehen, aber durch Komplikationen mit anderen Neurosen, besonders der **Hysterie**, häufig ein eigenartiges Gepräge erhalten, die sog. **traumatischen Neurosen (Unfallneurosen, Schreckneurosen)**.

Diese Krankheitszustände entstehen im Anschluß an körperliche Verletzungen der verschiedensten Art, unter denen die mit Erschütte-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rungen einhergehenden (Eisenbahnunfälle) die wichtigsten sind. In einer großen Anzahl von Fällen ist aber nicht das materielle Trauma das die Krankheit auslösende Moment, sondern es bildet die mit ihm verbundene psychische Erschütterung Ausgangs- und Mittelpunkt der Krankheitserscheinungen. Ja, es kann das psychische Trauma allein diesen Symptomenkomplex in deutlicher Weise hervorrufen.

So behandelte ich einen Lokomotivführer, durch dessen Geistesgegenwart und entschlossenes Handeln ein drohendes Eisenbahnunglück verhütet wurde, der infolge der hochgradigen, durch die plötzliche Gefahr hervorgerufenen Erregung unter den charakteristischen Erscheinungen der traumatischen Neurose erkrankte.

Mit dem Schreck und der Aufregung verbinden sich in manchen Fällen eine Reihe anderer psychischer Schädigungen. Gedanken über die Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, sowie die Sorge über die mit dieser Frage eng zusammenhängenden Entschädigungsansprüche (Unfallrente) pflegen in dem Bewußtsein des Verunglückten bald eine dominierende Stellung einzunehmen, sich mit seinem Ideenkreis auf das festeste zu verbinden, so daß sie eine gute Quelle andauernder, krankhafter Selbstbeobachtung werden.

Diese gesteigerte Selbstbeobachtung des Kranken gestaltet die psychischen Veränderungen zu ungemein charakteristischen. Die Stimmung der Traumatiker ist fast andauernd eine trübe, gedrückte, sie sind unlustig zu jeder Arbeit, völlig energielos, in manchen Fällen steigert sich die Depression bis zu ausgesprochen hypochondrischen Zuständen (vgl. folg. Kapitel). Ein gewisser wehleidiger, dabei apathischer Gesichtsausdruck ist für viele dieser Kranken fast pathognomonisch.

Die reizbare Schwäche tritt uns in der abnormen Reizbarkeit, ängstlichen Unruhe und Weinerlichkeit der Patienten entgegen. Alle diese Erscheinungen pflegen außerordentlich hartnäckig zu sein, durch die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen kaum beeinflußt zu werden. In vereinzelten Fällen schließen sich an das Trauma nach längerer oder kürzerer Zeit eigenartige deliriöse Verwirrtheitszustände (hysterische Dämmerzustände) an, in denen die Kranken mitunter Fragen der allereinfachsten Art verblüffend falsch beantworten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgeben, daß sie den Sinn der Fragen annähernd erfaßt haben. Es ist wichtig, dies Symptom des Vorbeiredens bei den Dämmerzuständen der traumatischen (Schreck-) Neurose zu kennen, um aus den sinnlosen Antworten der Patienten nicht ohne weiteres den mitunter naheliegenden Schluß einer beabsichtigten Simulation von Geistesstörung zu ziehen.

Über Gedächtnisschwäche und Abnahme der Intelligenz wird von vielen Kranken geklagt, jedoch läßt sich in der Mehrzahl der Fälle nachweisen, daß es sich weniger um eine wirkliche Abnahme dieser Fähigkeiten, wie um große Ermüdbarkeit des Denkprozesses und der Merkfähigkeit handelt.

Von subjektiven Klagen und objektiv nachweisbaren Symptomen finden wir die bei der Neurasthenie geschilderten Erscheinungen (vgl. oben) in mannigfachen Kombinationen vor.

Eine sehr wesentliche Rolle im Krankheitsbilde kommt Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, sowie einer gesteigerten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erregbarkeit[1]) des Herznervensystems zu. Auch Krämpfe und psychische Attaken epileptischer Natur sind beobachtet worden.

In den meisten Fällen von traumatischer Neurose gesellen sich den Symptomen der reizbaren Schwäche motorische und sensible Lähmungserscheinungen hinzu, die nach der Art ihrer Entstehung und Ausdehnung als hysterische aufgefaßt werden müssen. Die motorischen Lähmungen entsprechen dem Typus der hysterischen Hemiparese resp. Hemiplegie, selten dem der Paraparese oder Paraplegie, sie sind häufig von Zittern begleitet, welches in manchen Fällen hohe Grade erreicht und in Verbindung mit den Lähmungserscheinungen zu dem Symptomenkomplexe der pseudospastischen Parese mit Tremor führen kann. Die Gangstörungen der Traumatiker sind indessen sehr verschiedenartig, es kann der Gang mitunter an das Taumeln eines Betrunkenen erinnern, dem ataktischen Gange ähnlich sein oder einen plumpen, steifen Charakter zeigen.

Die hysterischen Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunktionen gehören zu den konstantesten Erscheinungen. In der Regel handelt es sich um ausgedehnte, mitunter halbseitige Hypästhesien, weit seltener um vollständige Anästhesien. Auch an zirkumskripten Hautstellen lokalisierte Hypästhesien sind beobachtet worden.

Unter den sensorischen Sensibilitätsstörungen ist die häufigste die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, neben der aber auch Herabsetzungen des Gehörs, Geruchs und Geschmacks nicht selten vorkommen. Von größter Wichtigkeit für die Beurteilung der hysterischen Lähmungserscheinungen sowohl auf motorischem wie sensiblem Gebiete ist die Tatsache, daß sie, wenn sie einseitig auftreten, sich immer zuerst ausschließlich oder vorwiegend auf der Seite entwickeln, an welcher das Trauma angegriffen hat. Es liegt in der Art der Entstehung der traumatischen Neurosen und ihrer praktischen Folgen, daß man bei ihrer Beurteilung das Vorkommen von Simulation resp. Aggravation der Krankheitserscheinungen im Auge behalten muß, da der Wunsch, eine möglichst hohe Unfallrente zu erzielen, seit der Unfallgesetzgebung mit dem Vorstellungsleben des Traumatikers eng verknüpft ist. Die objektiv nachweisbaren Zeichen, die Steigerung der Sehnenphänomene, die Erhöhung der mechanischen Muskel- und Nervenerregbarkeit, fibrilläre Muskelzuckungen oder auch Zittern und klonische Zuckungen in einzelnen Muskeln, die vasomotorischen Phänomene, die häufig nachweisbare Pupillendifferenz, werden bei der zur Beurteilung hysterischer Erscheinungen notwendigen Übung und Erfahrung (Vermeidung suggestiver Einflüsse!) unter Berücksichtigung des gesamten psychischen Verhaltens des Patienten in der Regel zu einer richtigen und gerechten Beurteilung des Falles führen. Stets ist daran festzuhalten, daß bewußte, absichtliche Simulation keine häufige Erscheinung ist, daß Übertreibungen mancher Krankheitserscheinungen zu den der Hysterie eigentümlichen psychischen Veränderungen gehören.

Verlauf und Prognose der Neurasthenie.

Der Verlauf der Neurasthenie ist meistens ein chronischer. Die Krankheit zieht sich mit mannigfachen Exazerbationen und Remissionen der neurasthenischen Erscheinungen über Jahre hin. Akute,

[1]) Durch Drücken bestimmter schmerzhafter Stellen gelingt es mitunter, eine deutliche Beschleunigung der Herzaktion hervorzurufen (Mannkopfsches Symptom).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in einigen Monaten zum Ablauf kommende Fälle gehören zu den Ausnahmen.

Die günstigste Aussicht auf dauernde Heilung bieten die ohne nervöse Belastung infolge einer nachweisbaren äußeren Veranlassung entstehenden Fälle, in denen es gelingt, ehe die Krankheit weit vorgeschritten ist, diese Schädlichkeiten für die Zukunft zu beseitigen.

Eine Ausnahme bilden die traumatisch bedingten Fälle, deren Krankheitserscheinungen, wie oben ausgeführt, ungemein hartnäckig zu sein und allen therapeutischen Bemühungen zu trotzen pflegen. Ausgesprochene hereditäre Belastung verschlechtert die Prognose, besonders, wenn die Entwicklung des Leidens eine langsame, schleichende ist, und wenn psychische Symptome, die auf eine degenerative Grundlage des Leidens hinweisen, in dem Krankheitsbilde dominieren.

So bieten Beobachtungen, in denen Zwangsvorstellungen eine hervorragende Rolle spielen, in der Regel ungünstige Aussichten auf Genesung. Das ganze Leben ist hier mitunter eine ununterbrochene Kette von Krankheitserscheinungen. Bei den auf schwerer degenerativer Grundlage beruhenden „Grenzzuständen" können manche Krankheitserscheinungen, besonders Phobien, eine solche Höhe erreichen und die Kritik der Kranken über den eigenen Zustand derartig trüben, daß von einer Behandlung in offenen Sanatorien abgesehen, und die Überweisung der Kranken in eine geschlossene Anstalt erfolgen muß.

Wenn nun auch in diesen Fällen dauernde Heilungen nicht zu erwarten sind, können doch meistens durch geeignete therapeutische Maßnahmen Besserungen erzielt und die Beschwerden gemildert werden.

Diagnose.

Bei der Stellung der Diagnose Neurasthenie muß daran gedacht werden, daß im Beginn und im Verlauf innerer Krankheiten Symptome vorkommen, die neurasthenischen sehr ähnlich sind, daß sich andererseits auf dem Boden schwerer organischer Erkrankungen die Neurasthenie entwickeln kann, daß demnach eine sorgfältige Untersuchung des gesamten Organismus die Vorbedingung für die richtige Erkennung und Behandlung des Leidens bilden muß. Von den Erkrankungen des Nervensystems ist es in erster Linie die Dementia paralytica, deren Unterscheidung von der Neurasthenie von hervorragender Wichtigkeit ist, da die Symptome der Paralyse in ihrem Frühstadium mit denen der Neurasthenie weitgehende Ähnlichkeit haben können.

Reizbarkeit, große Ermüdbarkeit bei geistiger Anstrengung, Störungen des Schlafes, Kopfschmerzen, Schwindelanwandlungen, Zittern der Hände und Finger sind in vielen Fällen beiden Krankheiten gemeinsame Erscheinungen. Von entscheidender Bedeutung für die Differentialdiagnose ist der Nachweis von körperlichen Lähmungssymptomen (vgl. Kapitel „Paralyse"), die bei der Neurasthenie stets fehlen, bei der Paralyse in vielen Fällen schon in frühen Stadien nachweisbar sind.

Solange körperliche Lähmungserscheinungen fehlen, kann die Unterscheidung einer beginnenden Paralyse von der Neurasthenie sehr große Schwierigkeiten bereiten, indessen zeigen auch die initialen psychischen Symptome beider Krankheiten Unterschiede, deren Berück-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sichtigung den richtigen Weg mitunter weist. Schon sehr frühzeitig pflegt sich bei der Paralyse eine Abnahme der Intelligenz, Urteils- und Kritiklosigkeit bemerkbar zu machen.

Diese Erscheinungen fehlen bei der Neurasthenie, können vorübergehend durch die Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit dieser Kranken vorgetäuscht werden. Schon frühzeitig tritt ferner bei der Paralyse häufig eine Veränderung des Charakters ad pejus hervor, die besonders durch die Verwischung der feinen Züge und Nuancen, welche die Eigenart der Persönlichkeit ausmachen, deutlich wird. Diese Charakterveränderung kommt der Neurasthenie nicht zu.

Die Beurteilung des eigenen Zustandes pflegt in beiden Krankheiten eine recht verschiedene zu sein. Während der Neurastheniker sich selbst mit minutiösester Genauigkeit beobachtet, in seiner Schilderung oft eine scharfe Beobachtungsgabe zeigt, nicht selten in exaktester Weise über alle Beschwerden Buch führt, ist das Krankheitsbewußtsein des Paralytikers oft ein sehr unklares, die Selbstbeobachtung und Kritik eine äußerst mangelhafte, sein ganzes Wesen trägt den Stempel der Apathie und Indolenz.

Wesentlich kann die Diagnose schließlich durch die anamnestischen Daten gestützt werden. Schwere neurasthenische Symptome, die bei früher syphilitisch infizierten, sonst gesunden Personen in den besten Jahren ohne äußere Veranlassung plötzlich auftreten, müssen den Verdacht einer beginnenden Paralyse erwecken, während greifbare erschöpfende Ursachen oder ausgesprochene neuropathische Belastung mit nervösen Zuständen im Vorleben des Patienten eine Neurasthenie wahrscheinlicher machen.

Erhebliche Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose der Neurasthenie von den arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns bereiten, da Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisstörungen, zu den häufigsten Symptomen bei beiden Erkrankungsformen gehören. In vielen Fällen wird die Berücksichtigung des Alters des Patienten, eine genaue Untersuchung des Gefäßsystems, sowie der Umstand, daß es sich bei der Neurasthenie in der Regel nicht um schwerere objektiv nachweisbare Schwindelanfälle, sondern mehr um ein subjektives Schwindelgefühl handelt, der Diagnose den richtigen Weg weisen.

Für die Unterscheidung der depressiven Form der Neurasthenie (der konstitutionellen Verstimmung) von der Melancholie kommt in erster Linie der Nachweis der körperlichen und psychischen Symptome der Neurasthenie (Parästhesien, Schmerzen, Reizbarkeit usw.) in Betracht.

Ausgesprochene melancholische Kleinheitswahnvorstellungen pflegen den depressiven neurasthenischen Formen zu fehlen, ebenso vermissen wir bei ihnen die anhaltende Gleichmäßigkeit und die Intensität der melancholischen Verstimmung; ein schleppender Krankheitsverlauf mit ganz unregelmäßigen Schwankungen ist diesen Zuständen, von denen mannigfache Übergänge zu den leichten, auf konstitutioneller Grundlage beruhenden Krankheitsfällen periodischer Verstimmung (vgl. Kapitel „Periodische Seelenstörungen") hinüberführen, eigentümlich. Die Verwechslung dieser Verstimmungen mit neurasthenischen Zuständen erklärt manche der überraschenden Heilungen derselben, wenn die Behandlung im Sanatorium mit dem Umschlage der depressiven in die hypomanisch gefärbte Phase der Krankheit zusammenfällt. Fälle von sog. „periodischer Neurasthenie" gehören wohl ausnahmslos in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins.

Bei der Trennung von der Hysterie ist das Fehlen des für diese Krankheit so charakteristischen hysterischen Wesens (vgl. Kapitel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Hysterie") hervorzuheben. Es werden ferner bei der Neurasthenie die zum Krankheitsbilde der Hysterie gehörigen Reiz- und Lähmungserscheinungen, wie Hemiparesen, Kontrakturen, Sensibilitätsstörungen, Krampfanfälle usw. vermißt. Daß aber zwischen der Neurasthenie und Hysterie Übergangsformen, sowie Vermischungen der Symptome beider Krankheiten vorkommen, geht besonders deutlich aus dem Symptomenkomplex der traumatischen Neurosen, wie auch aus zahlreichen anderen Beobachtungen hervor.

Von Bedeutung ist ferner die Tatsache, daß „neurasthenische" Beschwerden der verschiedensten Art nicht selten im Beginn einer Dementia praecox vorkommen und das Krankheitsbild derartig beherrschen können, daß die sich entwickelnde Psychose übersehen und die Diagnose fälschlich auf Neurasthenie gestellt wird. Die richtige Bewertung der psychischen Symptome, der auffallenden gemütlichen Stumpfheit, Interesselosigkeit und Urteilsschwäche, wird in Verbindung mit dem Fehlen des für die Entstehung einer Neurasthenie wesentlichen ätiologischen Faktors der Erschöpfung, in diesen Fällen die nur accidentelle Bedeutung von neurasthenischen Erscheinungen erkennen lassen und vor diagnostischen und prognostischen Fehlschlüssen bewahren (vgl. Kapitel Hypochondrie S. 148).

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Diagnose „Neurasthenie" zweifellos häufiger gestellt wird, als die Krankheit in der Tat zur Beobachtung kommt. Der Umstand, daß allgemeine nervöse Erscheinungen nicht selten das Prodromalstadium der verschiedenartigsten Psychosen bilden, in Verbindung mit der Tatsache, daß „neurasthenische" Symptome sich in mannigfaltiger Weise mit den Symptomen anderer Psychosen besonders bei den larvierten zirkulären und hebephrenischen Formen verbinden können, erklärt diese diagnostischen Irrtümer. Erst eine längere Beobachtung des Krankheitsfalles ermöglicht mitunter eine richtige Diagnose.

Therapie.

Bei der Behandlung der Neurasthenie muß das Fernhalten von allen Faktoren, welche auf das Nervensystem einen erregenden oder erschöpfenden Einfluß haben, den leitenden Gesichtspunkt bilden. Es ist deshalb Ruhe auf intellektuellem und gemütlichem Gebiete in Verbindung mit körperlicher Pflege und Kräftigung die wesentlichste therapeutische Bedingung, für deren Erfüllung die Entfernung der ätiologisch schädlichen Einflüsse zunächst in Betracht kommt. Bei geistiger Überarbeitung ist das Fernhalten von jeder anstrengenden Tätigkeit, bei körperlich Erschöpften Ruhe, körperliche Erholung, die erste Bedingung. Von der Schwere der Erkrankung hängt es ab, inwieweit leichtere geistige Arbeiten resp. mäßige körperliche Bewegung dem Patienten zu gestatten sind. In den zahlreichen leichteren Fällen wird Ablenkung der Aufmerksamkeit von dem eigenen Zustand durch ausgewählte Lektüre, durch Bewegung im Freien in Verbindung mit methodisch ausgeführten gymnastischen Übungen, bei denen jede Überanstrengung vermieden werden muß, von Erfolg begleitet sein. Regelmäßiges Abwechseln von Ruhe und mäßiger Bewegung, Hebung des Ernährungszustandes durch ein geeignetes, vom Arzte vorgeschriebenes diätetisches Verhalten ist dabei die Vorbedingung.

Bei den schwereren Graden der Erschöpfung ist oft längere Zeit durchgeführte Bettruhe, in manchen Fällen in Verbindung mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer sog. „Mastkur“[1]) am Platze, da erfahrungsgemäß der neurasthenische Zustand durch ein gewisses Maß von Überernährung günstig beeinflußt zu werden pflegt, während forcierte Entfettungskuren diesen Kranken entschieden schädlich sind. Auf jeden Fall ist es notwendig, durch bestimmte diätetische Vorschriften (gemischte, leicht verdauliche Nahrung, häufige kleine Mahlzeiten) die Ernährungsweise der Kranken sorgfältig zu regeln.

Die Hydro- und Elektrotherapie stellen wichtige Faktoren bei der Behandlung des Leidens dar. Für die bemittelten Stände sind die Sanatorien und Wasserheilanstalten geeignete Orte, um sich diesen Behandlungsmethoden in ihren mannigfachen Variationen zu unterziehen.

Leichtere hydrotherapeutische Kuren (kalte Abreibungen, Sitzbäder, laue Halb- und Vollbäder) können auch bei der Behandlung im Hause durchgeführt werden.

Als ein erfreulicher Fortschritt muß es bezeichnet werden, daß in neuester Zeit der Anfang gemacht ist, auch den zahlreichen unbemittelten Neurasthenikern durch Einrichtung besonderer Nervenheilstätten[2]) Gelegenheit zu einer den modernen therapeutischen Anforderungen entsprechenden Behandlung ihres Leidens zu geben. Außer den mannigfachen „physikalischen Heilmethoden“ kommt in diesen Anstalten das Bestreben, die Kranken durch methodische Übungen wieder an die Arbeit zu gewöhnen, sie im Garten und in den Werkstätten wieder für die Anforderungen des Lebens zu erziehen, unter den therapeutischen Maßnahmen wesentlich in Betracht.

Bei der Verordnung klimatischer Kuren ist strenge Individualisierung erforderlich, da die Kranken in sehr verschiedener, oft nicht im voraus zu übersehender Weise auf klimatische Einflüsse reagieren. Bei manchen Kranken werden ausgezeichnete Erfolge durch einen Aufenthalt an der See erzielt, während das Befinden anderer durch das Gebirge günstiger beeinflußt wird. Auch Winterkuren im Hochgebirge (St. Moritz, Grindelwald usw.) werden warm empfohlen. Von heruntergekommenen, sehr schwachen Neurasthenikern, besonders solchen mit ausgesprochenen Herzbeschwerden, wird das Klima starker Seebäder und des Hochgebirges im allgemeinen nicht gut vertragen, von diesen Kranken werden die Mittelgebirge (Harz, Thüringen, Schwarzwald usw.), die Vorgebirge der Alpen oder mildes Seeklima (Ostseebäder) bevorzugt. Nicht selten ist ein beliebiger Luftwechsel (Landaufenthalt) von wohltätigstem Einfluß auf das Befinden des Kranken.

Arzneimittel finden bei der Behandlung der Neurasthenie vorwiegend in symptomatischer oder suggestiver Hinsicht Verwendung, jedoch wird man bei der Behandlung mancher Fälle einzelne Medikamente nur ungern entbehren. Eine günstige Wirkung bei nervösen Erregungszuständen kommt den Brompräparaten zu, auch das Arsen (bei Anämie in Verbindung mit Eisenpräparaten) wird mit Erfolg bei neurasthenischen Zuständen verwendet. Chinin- und Strychninpräparate werden häufig als tonisierende Mittel allein oder in Verbindung angewendet.

[1]) Diese von Weir-Mitchel, Playfair u. a. ausgebildete Methode der Ueberernährung besteht im wesentlichen in möglichst ausgiebiger Ernährung (2—3 stündliche Darreichung kleiner Portionen, zunächst vorwiegend Milch, dann gemischte Kost in steigender Menge) bei völliger geistiger und körperlicher Ruhe. Für Regelung der Verdauung und der Zirkulation muß durch regelmäßige Massage und allgemeine Faradisation Sorge getragen werden.

[2]) Derartige Heilstätten sind das „Haus Schönow“ in Zehlendorf bei Berlin, die Rasenmühle bei Göttingen, und Roderbirken in der Rheinprovinz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Bekämpfung der verschiedenartigen neurasthenischen Schmerzen leistet die ganze Reihe der Nervina (Antipyrin, Phenacetin, Antifebrin usw.) vorübergehend oft gute Dienste, jedoch ist bei der Behandlung chronischer schmerzhafter Zustände die größte Zurückhaltung bei der Verwendung dieser Mittel geboten.

Eine besondere Behandlung erfordert oft die hartnäckige Schlaflosigkeit. Wenn die Allgemeinbehandlung, Bewegung im Freien während des Tages, event. prolongierte laue Bäder oder feuchte Einpackungen vor dem Zubettgehen keinen Erfolg haben, wirkt mitunter ein Glas Bier abends schlafbefördernd. Von Medikamenten können kleine Bromdosen, Trional (0,5—1,5), Sulfonal (1,0), Veronal (0,5—1,0) oder andere leichtere Hypnotika unter steter ärztlicher Kontrolle gegeben werden. Zweckmäßig ist es, mit der Anwendung der Schlafmittel bei längere Zeit andauernder Schlaflosigkeit zu wechseln. Mit der Verordnung von stärkeren Narkoticis, wie Morphium und Chloral, kann man bei Neurasthenikern nicht vorsichtig genug sein!

Was die symptomatische Behandlung der zahllosen körperlichen Beschwerden der Neurastheniker im speziellen betrifft, verweisen wir auf die Lehrbücher der Neuropathologie. Nur sei hervorgehoben, daß die arzneiliche sowie die lokale Behandlung neurasthenischer Symptome an Bedeutung weit hinter der psychischen Beeinflussung der Kranken zurücktritt, vorwiegend in Verbindung mit dieser zur Anwendung kommt.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird eine konsequent durchgeführte individualisierende psychische Behandlungsweise, unterstützt durch möglichst indifferente Arzneimittel, sowie durch Hydrotherapie und Elektrizität, von Erfolg begleitet sein.

Was die forensische Bedeutung der Neurasthenie anbetrifft, ist zu bemerken, daß dieselbe weder im zivilrechtlichen noch im strafrechtlichen Sinn als Geisteskrankheit zu betrachten ist. Wenn wir in unserer Strafgesetzgebung den Begriff einer geistigen Minderwertigkeit vorgesehen hätten, so würde vielleicht ein Teil der Nervösen, namentlich beim Zusammentreffen besonders schädigender Umstände, unter diesen Begriff fallen (Cramer). Im ganzen sind Konflikte dieser Kranken mit dem Strafgesetz selten. Das gilt besonders auch von den Zwangsantrieben der Neurastheniker, welche nicht zu verbrecherischen Handlungen zu führen pflegen. In vereinzelten Fällen sind gewisse sexuelle Delikte (Exhibitionismus) auf Zwangsimpulse zurückzuführen (Cramer, Raecke).

Literatur.

Außer den in den vorigen Kapiteln angeführten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie:

Binswanger, Pathologie und Therapie der Neurasthenie, Jena 1896.
Bumke, Was sind Zwangsvorgänge? Hoches Abhandlungen, VI. Bd., H. 8, 1906.
Cramer, A., Die Nervosität, Jena 1906.
Erb, Ueber die wachsende Nervosität unserer Zeit, Heidelberg 1895.
Friedmann, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1904, XV. Bd., H. 4 u. 5.
Aschaffenburg, Die Bedeutung der Angst für das Zustandekommen des Zwangsdenkens. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1911.
Herz, Die sexuelle psychogene Herzneurose, Wien u. Leipzig 1908.
Oppenheim u. Hoche, Pathologie u. Therapie der nervösen Angstzustände. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1911.
Jolly, Neurasthenie, Handbuch der prakt. Medizin von Ebstein-Schwalbe, Bd. IV, 1900.
Kraus, Lehrbuch der inneren Medizin, hrsg. von v. Mering, 2. Aufl.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Löwenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen, Wiesbaden 1904.
Möbius, Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten, Berlin 1896.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 5. Aufl., 190[illegible].
Derselbe, Die traumatischen Neurosen, 1888 u. 1892.
Pforringer, Zum Zusammenhang zwischen Nervosität u. Psychose. Monatsschrift f. Psych. Bd. 26.
Raecke, Zwangsvorstellungen u. Zwangsantriebe vor dem Strafrichter. Archiv für Psych. Bd. 43.
Strümpell, Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken. München 1896.
Thomsen, Zur Klinik und Aetiologie der Zwangserscheinungen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 44.
Westphal, C., Ges. Abhandlungen, Berlin 1892, hrsg. von Dr. A. Westphal.

Die hypochondrische Form der Neurasthenie. (Die Hypochondrie.)

Begriffsbestimmung und Aetiologie.

Unter der Bezeichnung Hypochondrie wurden und werden von manchen Autoren auch heute noch mannigfache psychische Zustandsbilder und Symptomenkomplexe zusammengefaßt, die durch eine bestimmte Form der krankhaften Verstimmung ausgezeichnet sind, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist (Jolly, Hitzig). Da sich diese auf „einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung" beruhende Verstimmung bei den verschiedensten Formen psychischer Erkrankung[1]) der Melancholie, der Paranoia, angeborenen und erworbenen geistigen Schwächezuständen, der Paralyse und in erster Linie auch bei der Neurasthenie findet, vermögen wir eine in sich abgeschlossene, selbständige Krankheit der „Hypochondrie", welche der obigen Definition entspricht, nicht anzuerkennen.

Wir ziehen an dieser Stelle ausschließlich diejenigen hypochondrischen Zustände in den Bereich unserer Betrachtung, die in engster Beziehung zur **Neurasthenie** stehen. Die viel erörterten Beziehungen der Hypochondrie zur Neurasthenie lassen sich mit Jolly am besten in der Weise kennzeichnen, daß die durch die Neurasthenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung den eigentlichen Stoff für die hypochondrischen Beängstigungen, Befürchtungen und Vorstellungen geben.

Wenn wir die hypochondrische Form der Neurasthenie hier gesondert besprechen, so geschieht dies aus dem Grunde, weil in einer Reihe von Beobachtungen **der psychische Faktor des hypochondrischen Denkens und Fühlens bei dieser Erkrankungsform mehr hervortritt wie bei der einfachen Neurasthenie, der Krankheit nicht selten ein besonderes charakteristisches Gepräge verleiht.** Es sind dies in erster Linie diejenigen Fälle, bei denen an Stelle der Befürchtungen von krankhaften Veränderungen der eigenen

[1]) Wir verweisen auf die betreffenden Kapitel des Lehrbuchs mit dem Bemerken, daß wir in dem vorliegenden Abschnitt mit der kurzen Bezeichnung „Hypochondrie" nur die hypochondrischen Formen der Neurasthenie bezeichnen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Person die zur Gewißheit gewordene Vorstellung der Erkrankung getreten ist. Diese Vorstellungen können durch ihre Fixiertheit, durch ihre völlig kritiklose Verarbeitung der krankhaften Empfindungen, an welcher jeder ärztliche Zuspruch scheitert, mit dem Zwang, den sie auf das gesamte Handeln des Kranken ausüben, den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen. Da sich zwischen den Beobachtungen von einfachen neurasthenischen Phobien und den mit hypochondrischen Wahnvorstellungen verlaufenden Fällen fließende Übergänge finden, ferner die hypochondrischen Befürchtungen und Vorstellungen allmählich in haftende Wahnideen übergehen können, vermögen wir bei aller Anerkennung des eigenartigen Charakters letzterer Beobachtungen einen prinzipiellen Unterschied dieser verschiedenen Verlaufsweisen der Krankheit nicht anzuerkennen.

Die Ätiologie der Hypochondrie ist mit derjenigen der Neurasthenie identisch. Alle die mannigfachen endogenen und exogenen schädigenden Einflüsse, welche wir bei der Entstehung der Neurasthenie kennen gelernt haben, spielen unter den Ursachen der Hypochondrie eine wichtige Rolle. Bei Fällen mit besonders hervortretender schwerer erblicher Belastung lassen sich mitunter hypochondrische Wahnvorstellungen bis in ein frühes Lebensalter, selbst bis in die Kindheit zurückverfolgen, so daß man in diesen Beobachtungen von einer konstitutionellen Form der Hypochondrie sprechen kann. Nicht selten ist bei diesen Fällen zu konstatieren, daß sich die hypochondrische Veranlagung, „das hypochondrische Temperament" familienweis vererbt und exquisite Hypochonderfamilien zur Entstehung kommen.

Auf Grund der verschiedenen ätiologischen Faktoren hat Wollenberg zwei Grundformen der Hypochondrie, die „konstitutionelle" und „akzidentelle" Hypochondrie unterschieden, mit der Betonung, daß eine scharfe Grenze zwischen diesen Formen nicht anzunehmen sei.

Symptomatologie.

Unter den Symptomen der Hypochondrie nimmt die krankhaft veränderte Selbstempfindung und die sie begleitende traurige Verstimmung den ersten Platz ein. Die mannigfachen Schmerzen und Parästhesien, die abnormen Organempfindungen, auf die wir bei der Neurasthenie hingewiesen haben, werden mit der peinlichsten Aufmerksamkeit verfolgt und der Ausgangspunkt der verschiedenartigsten Befürchtungen einer bestehenden oder drohenden schweren Erkrankung.

Es ist erklärlich, daß die Stimmung unter dem Einfluß dieser ängstigenden Vorstellungen eine gedrückte, traurige wird. Der Kranke kann sich von intensiver Beobachtung seines Körpers und der Funktionen desselben nicht mehr frei machen, zwangsartig wird er immer wieder zu Grübeleien und Betrachtungen über seinen Zustand getrieben, die ihm stets neuen Stoff für seine Befürchtungen liefern. Es bleibt aber in einer Reihe von Fällen nicht bei diesen Befürchtungen bewendet, allmählich kann sich unter mannigfachen Remissionen und Exazerbationen des Zustandes die feste Überzeugung bei dem Patienten entwickeln, unheilbar krank zu sein. Diese hypochondrischen Wahnideen pflegen jeder Korrektur unzugänglich zu sein, durch den Einfluß des Arztes und vernünftigen Zuspruch nicht wesentlich beeinflußt werden zu können. Von diesen selteneren schweren Formen der Hypochondrie finden sich alle Übergänge zu den so außerordent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich häufigen leichten hypochondrischen Zuständen, die in der Regel suggestiven Einflüssen gut zugänglich sind, allerdings mit ausgesprochener Neigung zur Bildung neuer hypochondrischer Vorstellungen bei irgendeiner Veranlassung.

Die hypochondrischen Vorstellungen sind in der Regel nicht andauernd von gleicher Stärke, entsprechend ihrer neurasthenischen Grundlage sind sie oft morgens intensiver wie am Abend, um in der Einsamkeit, besonders nachts, eine neue Steigerung zu erfahren. Anfallsweise kann es unter dem Einfluß der hypochondrischen Vorstellungen zu förmlichen Angstparoxysmen kommen, in denen die Kranken jammernd und stöhnend umherlaufen, sich mit den Nägeln kratzen, sich die Haare raufen usw.

Auch außerhalb der paroxysmellen Steigerungen der Angst zeigen die Hypochonder ein ängstliches, mißtrauisches Wesen. Die fortwährende krankhafte Selbstbeobachtung macht die meisten dieser Kranken zu ausgesprochenen Egoisten; da sich ihr Gedankenkreis ausschließlich um den Zustand des eigenen Körpers dreht, bleibt für die Angehörigen, den Beruf, alle höheren Interessen kein Raum übrig.

Eine sehr hervortretende Erscheinung der Hypochondrie bietet die Erregung und Verstärkung von Empfindungen durch Vorstellungen, so daß Romberg diese Kranken mit Recht als „Virtuosen auf den sensiblen Nerven" bezeichnete. Schon das Denken an einen Körperteil ruft daselbst Kriebeln, Brennen, Vibrieren, Pochen, Sensationen von Wärme oder Kälte, Empfindungen der Vergrößerung oder Verkleinerung des Organs, das Gefühl von Veränderungen der Schwere desselben hervor usw.

In ungemein mannigfacher Weise werden diese Empfindungen geschildert:

„Starke Durchzuckungen und kalte Durchgänge, Grinsen in den Unterschenkeln, Ansetzen der Schleimhaut im Halse, Vergiftung des Zahnfleisches, Druck im Gesicht, Zittern in den Augen, kalte Zehen", gab mir unter zahlreichen anderen Klagen ein neurasthenischer Hypochonder an.

In anderen Fällen wird über Brennen in den Genitalien, Störungen beim Urinlassen, Gluckern im Magen, Blähungen des Darms, „zurückziehendes Gefühl" beim Stuhlgang, Vertaubung der Gedanken, schwappendes, glühendes Gefühl im Schädelinnern usw. geklagt. Häufig werden diese Beschwerden von den Kranken in Form von Vergleichen vorgebracht, „es sei ihnen so, als ob Würmer in ihrem Leibe krabbelten", „das Rückgrat käme ihnen wie ausgehöhlt vor", „es spannte in den Beinen, als ob die Sehnen zu kurz wären" usw. Es ist erklärlich, daß bei der gesteigerten Selbstbeobachtung der Kranken diese Empfindungsstörungen zu einer ergiebigen Quelle von Krankheitsvorstellungen werden.

Nach der vorwiegenden Lokalisation der Sensationen wird bald das eine, bald das andere Organ der Mittelpunkt von hypochondrischen Befürchtungen, die nach längerer oder kürzerer Zeit weitere Kreise ziehen, sich nicht auf ein Organ zu beschränken pflegen. Der Inhalt der hypochondrischen Vorstellungen ist nach den Kenntnissen und dem Bildungsgrad des Erkrankten, sowie nach dem Standpunkt der herrschenden Krankheitslehren (Bazillenfurcht!) ein sehr verschiedener; er ist ferner davon abhängig, ob ein vorher rüstiges oder ein abnorm veranlagtes Gehirn erkrankt ist, da die Erfahrung lehrt, daß die hypochondrischen Wahnideen bei ausgesprochen degenerativen konstitutionellen Formen der Neurasthenie sich durch die Absurdität und Un-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geheuerlichkeit der Vorstellungen, sowie durch die mangelhafte Motivierung derselben auszuzeichnen pflegen. Von in das Bereich der Möglichkeit fallenden Befürchtungen oder Vorstellungen, an einem unheilbaren Rückenmarks- oder Gehirnleiden erkrankt zu sein, den Krebs oder Syphilis zu haben, von irgendwelchen gefährlichen Bazillen infiziert zu sein usw., führen alle Übergänge zu den unsinnigsten Vorstellungen, einen Frosch oder Vogel im Leib zu beherbergen, vollkommen leer zu sein, kein Gehirn, keinen Darm zu besitzen usw. herüber.

Es werden somit gelegentlich sämtliche Krankheiten mit allen ihren Symptomen in den Kreis der hypochondrischen Befürchtungen hineinbezogen. Diese Befürchtungen können unter uns nicht näher bekannten Umständen, wahrscheinlich bei schwereren Erkrankungsformen hereditär Belasteter oder bei geringerer Widerstandsfähigkeit des Zentralorgans, in unerschütterliche Vorstellungen (Wahnideen) eines unheilbaren Leidens allmählich übergehen, mitunter sind die hypochondrischen Vorstellungen von vornherein unkorrigierbar. Besonders sind die konstitutionellen Formen der Erkrankung mit kontinuierlich chronischem Verlauf zur Entwicklung derartiger hartnäckiger hypochondrischer Wahnideen disponiert, welche diese Kranken schließlich ganz gewohnheitsmäßig und affektlos vorzubringen pflegen. Zwangsvorstellungen und Phobien, wie wir sie bei der Neurasthenie beschrieben haben, kommen bei den hypochondrischen Verlaufsweisen dieser Krankheit häufig in Gestalt bestimmter zwangsartig auftretender Befürchtungen, der Beschmutzungsfurcht (Mysophobie) und der Berührungsfurcht (délire du toucher) vor.

Es tritt in diesen Fällen die Befürchtung bei den Kranken auf, sich an irgendeinem Gegenstand, Schwefelhölzern, Eß- und Trinkgeschirren, Türklinken, Geldstücken usw. zu verunreinigen oder zu vergiften, Krankheitsstoffe auf sich oder andere zu übertragen. Mitunter sind es Wäschegegenstände oder die Kleider, welche Anlaß zu lebhaften Befürchtungen geben. Die Kranken suchen alle Berührungen zu vermeiden, waschen sich nach einer zufälligen Berührung unaufhörlich, werden niemals mit der Reinigung ihrer Kleider fertig, so daß sie stundenlang zum An- und Ausziehen brauchen, in manchen schweren Fällen abends kaum ins Bett gelangen können. Das Benehmen, die Handlungen derartiger Kranker erhalten durch diese zwangsmäßig auftretenden Vorstellungen und die sich ihnen anschließenden motorischen Impulse nicht selten ein sehr auffallendes bizarres Gepräge.

So war bei einem jungen Manne, den ich vor kurzem beobachtete, urplötzlich beim Anblick eines Kameraden, der sich abends eine wunde Stelle („Wolf") mit Hirschtalg einrieb, die Vorstellung aufgetreten, er könne sich mit diesem Hirschtalg irgendwie verunreinigen. Bald dehnte sich die Berührungs- und Beschmutzungsfurcht auf die verschiedenartigsten anderen Gegenstände aus. Eine Türklinke anzufassen, ohne ein Papier oder Holzstückchen dazwischen zu legen, war ihm unmöglich. Mit dem Waschen wurde er gar nicht mehr fertig, denn auch der Hahn der Wasserleitung und das Handtuch waren „befleckt", gaben stets Anlaß zu neuen Waschungen, so daß bald die Gesichtshaut und die Hände blutig durchgerieben waren, mit Salbenverbänden behandelt werden mußten. Patient war sich der Unsinnigkeit dieser Vorstellungen wohl bewußt, bezeichnete die Vorstellungen und die aus denselben resultierenden Handlungen selbst als zwangsartig auftretend, „er müsse waschen, ob er wolle oder nicht."

Derartige zwangsweise auftretende Befürchtungen und Vorstellungen können in dem Krankheitsbilde der Hypochondrie mitunter eine so hervorragende Rolle spielen, daß die anderen neurasthenischen Beschwerden im Vergleich mit ihnen mehr in den Hintergrund treten.

Nach der vorwiegenden Lokalisation der abnormen Empfindungen, auf die sich die Krankheitsbefürchtungen beziehen, hat man bei der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hypochondrie eine sexuelle, gastrische, cerebrale, spinale usw. Form unterschieden, ohne daß diese rein äußerliche Trennung von größerer Wichtigkeit wäre wie die entsprechende Einteilung der Neurasthenie, auf die wir verweisen.

Eine hervorragende Bedeutung kommt den hypochondrischen Klagen in dem Krankheitsbild der traumatischen Neurose zu (vgl. voriges Kapitel). Die trübe, hoffnungslose Stimmung dieser Kranken, die einseitige Konzentration der Gedanken auf ihren körperlichen und geistigen Zustand, die mannigfachen abnormen Empfindungen und ihre krankhafte Verarbeitung machen die Traumatiker fast ausnahmslos zu ausgesprochenen Hypochondern.

Unter den motorischen Störungen der Hypochondrie sei schließlich noch auf gewisse psychisch bedingte Bewegungsstörungen hingewiesen („psychische Anfälle bei Hypochondrie"), deren Entstehung aus hypochondrischen Vorstellungen nachweisbar ist. Es handelt sich bei diesen Beobachtungen um das anfallsartige Ausstoßen unartikulierter Laute, um sonderbare Bewegungen mit den Extremitäten, um Anfälle lähmungsartiger Schwäche in Armen und Beinen und ähnliche, mit krankhaften Vorstellungen eng zusammenhängende Zustände, die ohne Störung des Bewußtseins verlaufen.

Verlauf und Prognose.

Der Verlauf der Krankheit gestaltet sich verschiedenartig, nur selten geht ein hypochondrischer Zustand in akuter Weise schon nach kurzer Zeit vorüber. Am bekanntesten unter diesen leichten Formen sind wohl die hypochondrischen Zustände, von denen junge Mediziner beim Eintritt in die klinischen Semester infolge der eingehenden Beschäftigung mit gewissen Krankheiten nicht selten befallen werden (Medizinerhypochondrie). In der Mehrzahl der schwereren Fälle von Hypochondrie handelt es sich um einen protrahierten Krankheitsverlauf, der sich über Monate oder Jahre häufig mit mannigfachen Exazerbationen und Remissionen erstrecken kann. Ganz allmählich können diese Fälle in Genesung übergehen, in der Regel aber kommt es später bei irgendeiner Veranlassung infolge psychischer oder körperlicher Schädlichkeiten zum Aufflackern der alten oder Entstehung neuer hypochondrischer Vorstellungen. Schwere hypochondrische Zustände, in denen es zur Bildung feststehender Wahnideen gekommen ist, zeigen einen exquisit chronischen Verlauf, pflegen, abgesehen von gelegentlichen Schwankungen des Befindens, anhaltende Besserungen nicht zu erfahren. Einen gleich ungünstigen Verlauf weisen diejenigen Krankheitsfälle auf, bei denen sich hypochondrische Vorstellungen bis in die frühe Jugendzeit verfolgen lassen. Im übrigen verweisen wir auf die über Prognose und Verlauf der Neurasthenie gemachten Angaben.

Diagnose.

Es ist wichtig, den auf dem Boden der Neurasthenie entstandenen Krankheitszustand der Hypochondrie, wie wir ihn geschildert haben, von hypochondrischen Zuständen, wie sie symptomatisch im Verlauf oder als Initialstadium anderer Psychosen häufig vorkommen, möglichst scharf zu trennen.

Die hypochondrische Form der Melancholie kann mit der uns beschäftigenden Krankheit äußere Ähnlichkeit besitzen.

Eine genauere Analyse der Krankheitserscheinungen zeigt jedoch, daß die hypochondrischen Wahnideen der Melancholie als eine direkte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Folge der traurigen Verstimmung anzusehen sind, nur einen Teil der für die Melancholie charakteristischen Kleinheitswahnvorstellungen (Versündigungswahn) darstellen und in der Regel im Zusammenhang mit diesen vorgebracht werden. Der Versündigungswahn ist der hypochondrischen Form der Neurasthenie fremd.

Die Wahnideen der hypochondrischen Neurastheniker stehen im engsten Zusammenhang mit den mannigfachen abnormen Empfindungen und der gesteigerten Selbstbeobachtung dieser Kranken. Die traurige Verstimmung derselben ist bedingt durch die Angst vor bestehender oder drohender schwerer Erkrankung. Die hypochondrische Depression pflegt ferner keine so kontinuierliche zu sein, wie sie die traurige Verstimmung der Melancholie aufweist. Auch ist der traurige Gedankengang des Hypochonders nicht selten ablenbkar und äußeren Einflüssen zugänglich, während die melancholische Verstimmung auf diese Weise nicht zu beeinflussen ist.

Zu den häufigsten Erscheinungen im Initialstadium und im Verlauf der chronischen Paranoia gehören hypochondrische Wahnideen, die sich nach der Art ihrer Entstehung grundsätzlich von denen der hypochondrischen Neurastheniker unterscheiden.

Der Paranoiker bezieht seine abnormen Sensationen und Organempfindungen auf feindliche Beeinflussungen der Außenwelt, das Gefühl seiner körperlichen Veränderungen bringt er in engste kausale Beziehungen zu Verfolgungs- und Beziehungswahnvorstellungen, „er ist nicht krank, sondern wird künstlich krank gemacht", er projiziert somit seine Sensationen in die Umgebung, während die Entstehung hypochondrischer Vorstellungen bei Neurasthenikern jede Beziehung auf eine feindliche Außenwelt vermissen läßt. Der Umstand ferner, daß sich den Wahnideen bei der einfachen Hypochondrie niemals Überschätzungs- und Größenideen zugesellen, wie sie in logisch systematisierender Weise sich mit Verfolgungsvorstellungen bei der Paranoia zu verbinden pflegen, kann in manchen Fällen auch für die Unterscheidung beider Krankheiten verwertet werden.

Ungemein häufig werden hypochondrische Vorstellungen im depressiven Initialstadium der Katatonie und bei manchen Verlaufsweisen der Hebephrenie beobachtet. Die Diagnose macht hier besonders bei jugendlichen Individuen nicht selten Schwierigkeiten, da die mannigfaltigsten neurasthenischen Symptome auf körperlichem und geistigem Gebiet im Beginn katatonischer und hebephrenischer Zustände oft lange Zeit hindurch nachweisbar sind. Die scharfe Eigenbeobachtung des neurasthenischen Hypochonders, die Beeinflußbarkeit seiner Beschwerden auf suggestivem Wege, die Lebendigkeit, welche er bei der Schilderung seiner Leiden entwickelt, unterscheidet ihn von der gemütlichen Stumpfheit, der Urteilslosigkeit und Zerfahrenheit des Katatonikers und des Hebephrenen, die auch bei ärztlichem Zuspruch völlig indifferent zu bleiben pflegen. Treten Stereotypien, Negativismus, Befehlsautomatie oder andere Erscheinungen des katatonischen Stupors auf, werden Sinnestäuschungen beobachtet, dann ist die Diagnose Katatonie gegenüber der Hypochondrie gesichert.

Mitunter weist auch ein eigenartiges läppisches Lachen oder Grimassieren des Patienten beim Vorbringen seiner hypochondrischen Klagen auf den hebephrenischen Charakter des Leidens hin.

Was schließlich die Unterscheidung der Hypochondrie von den durch hypochondrische Wahnbildung ausgezeichneten depressiven Verlaufsweisen der Dementia paralytica anbetrifft, so kommen hier alle Unterscheidungsmerkmale in Betracht, die wir bei der Trennung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Neurasthenie von der Paralyse hervorgehoben haben (vgl. Kapitel „Neurasthenie").

An dieser Stelle sei hervorgehoben, daß hypochondrische Zustandsbilder der verschiedensten Art häufig außer bei der Paralyse, auch bei anderen zu Defektzuständen führenden Psychosen, bei senilen und präsenilen Erkrankungen, bei Geistesstörungen auf arteriosklerotischer Basis usw. zur Beobachtung kommen und besonders deutlich in Krankheitsfällen mit schweren, progressiven Verlaufsweisen in die Erscheinung zu treten pflegen.

Therapie.

Den wesentlichsten Faktor bildet die psychische Behandlung, von deren zweckmäßigen Anwendung der Erfolg in vielen Fällen abhängt. In erster Linie muß der Grundsatz berücksichtigt werden, dem Kranken nicht von vornherein zu sagen, seine Klagen beruhten auf einem „eingebildeten" Leiden, sondern stets nach geduldigem Anhören aller Beschwerden eine eingehende Untersuchung des Patienten vorzunehmen. Abgesehen von dem Umstand, daß durch die genaue Untersuchung mitunter eine körperliche Grundlage der hypochondrischen Klagen entdeckt wird, kann der Arzt nur auf diese Weise das zur erfolgreichen Behandlung notwendige Vertrauen des Kranken gewinnen. Im Anschluß an die Untersuchung ist es geboten, dem Kranken in beruhigender, bestimmter Weise mitzuteilen, daß ein schwereres organisches Leiden nicht vorliegt, sondern nur eine Anzahl nervöser Erscheinungen nachweisbar sein, die bei Befolgung der ärztlichen Vorschriften sich mit der Zeit wieder verlieren würden. Auch diese Vorschriften sollen unter sorgfältiger Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Falles in recht bestimmter Form gegeben werden, um den beliebten Einwendungen und Zweifeln des Kranken nach Möglichkeit den Boden zu entziehen. Der momentane Erfolg einer solchen suggestiven Behandlung ist mitunter ein eklatanter, so daß durch Angst vor schwerer Erkrankung tief deprimierte Patienten den Arzt getröstet, mit neuem Lebensmut verlassen. Da es aber nicht gelingt die Disposition zu hypochondrischen Verstimmungen dauernd zu beseitigen, sieht man in der Mehrzahl der Beobachtungen krankhafte Vorstellungen später wieder auftreten.

In betreff der speziellen Behandlungsmethoden verweisen wir auf das bei der Neurasthenie Angeführte.

Literatur.

Außer den unter Neurasthenie zitierten Werken:

Böttiger, Ueber Hypochondrie. Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXI.
Jolly, Die Hypochondrie. Ziemssens Handbuch, 2. Aufl., Bd. XII, H. 2, 1877 und Handbuch von Ebstein-Schwalbe, Bd. IV, 1900.
Raecke, Ueber Hypochondrie. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. XIL.
Wollenberg, Die Hypochondrie. Spez. Pathologie und Therapie, hrsg. von Nothnagel, XII. Bd. 1. Teil 3. Abt., Wien 1904.

Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Paranoia. Verrücktheit.

Von

E. Siemerling, Kiel.

Als Paranoia (*παρα* neben, *νόος* oder *νοῦς* Verstand = Danebendenken) werden diejenigen Geistesstörungen bezeichnet, bei denen die **Wahnbildung** das Krankheitsbild beherrscht. **Wahnideen mit oder ohne Sinnestäuschungen spielen hier die Hauptrolle.**

Die Paranoia, Verrücktheit, wurde früher als eine sekundäre Geistesstörung, hervorgegangen aus einer Manie oder meist Melancholie, aufgefaßt. SNELL sen. und GRIESINGER wiesen zuerst auf das primäre Vorkommen dieser Erkrankung hin, faßten sie als eine selbständige, für sich bestehende Geisteskrankheit auf.

Eine Abart der chronischen Verrücktheit, eine bis in die früheste Jugend zurückreichende Erkrankung benannte SANDER „originäre Verrücktheit". C. WESTPHAL gab eine neue Auffassung über die Entwicklung der chronischen Form und bezeichnete eine akute heilbare Form als Paranoia acuta. Die Existenz einer akuten Paranoia wird von manchen Autoren bestritten, sie wollen nur eine chronische Form anerkennen.

Auch über die Ausdehnung dieser letzteren Form bestehen noch sehr geteilte Meinungen.

So will KRAEPELIN als chronische Verrücktheit nur die Erkrankungen gelten lassen, bei denen ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges sich entwickelt. Diese enge Umgrenzung hält er neuerdings nicht mehr aufrecht. Er rückt der Paranoialehre in dem alten Umfang näher, bezeichnet die Erkrankung als Paraphrenie.

Andere Autoren wollen zur Paranoiagruppe alle Erkrankungen rechnen, bei denen Störungen der Verstandestätigkeit im Vordergrund des klinischen Bildes stehen. Diese lassen z. B. die akute Verwirrtheit, die Amentia, ganz in die akute Paranoia aufgehen.

Bei der überwiegenden Häufigkeit besprechen wir zunächst die chronische Form.

I. Paranoia chronica.

Der chronischen Verrücktheit ist eigen **eine langsam sich entwickelnde, meist zu einem System auswachsende und fortschreitende Wahnbildung.**

Nicht richtig ist es, diese Erkrankung ausschließlich als Verstandesirresein aufzufassen. Wenn auch die Störung im Bereiche der Verstandes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tätigkeit oft so in den Vordergrund tritt, daß sie das Bild beherrscht, so ist doch auch die gemütliche, affektive Seite sehr in Mitleidenschaft gezogen, viel mehr, als es auf den ersten Blick scheint.

Die pathologischen Vorgänge erstrecken sich auf beide Gebiete, auf Vorstellungen und Affekte.

Die Skala der Gefühlsstörungen, welche ein Verrückter durchläuft, ist eine große, in jedem einzelnen Falle wieder eine ganz besondere. Bei dem ausschließlich subjektiven Charakter einer Gefühlsstörung ist es begreiflich, daß die Kranken nur schwer eine treffende Darstellung davon geben können. Die Empfindungen und Gefühle sind oft so eigener Art, so spezifisch, daß die Kranken in der Sprache vergebens nach einem passenden Ausdruck suchen, statt der bloßen Benennung der stattgehabten Empfindung gleich eine Umschreibung, eine Auslegung oder Deutung bringen.

Für das Zustandekommen der chronischen Verrücktheit nahm man früher allgemein eine geistige Schwäche an. Wenn diese auch manchen Fällen zugrunde liegt und bei ihrem Vorhandensein eine natürliche Erklärung abgeben kann für die Entstehung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen und für die Leichtigkeit, mit welcher die Kranken davon überwältigt werden, so ist doch geistige Schwäche keineswegs ein unbedingtes Erfordernis. Wo eine ausgesprochene geistige Schwäche vorhanden ist, kann sie in dem angegebenen Sinne Verwendung finden. Ist der Schwachsinn sehr ausgesprochen, tut man besser, von Paranoia mit Schwachsinn zu sprechen. Ganz und gar nicht angängig ist es, einen Verrückten als schwachsinnig anzusehen mit Bezug auf seine Wahnvorstellungen in der Vorstellung, daß nur eine Urteils- oder Kritiklosigkeit imstande wäre, zu solcher Überwältigung durch Wahnvorstellungen zu führen, wie sie hier zustande kommt. Der Vorgang im Gehirn, welcher zu der Verrücktheit führt, ist uns noch vollkommen verschlossen, wir kennen nur die Wege, welche die Störung einschlägt.

Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, daß bei diesem sehr komplizierten Vorgang der Umdeutung, der falschen Auffassung, der Fälschung der Wahrnehmung, der Wahnbildung selbst die sehr starke Gefühlsbetonung (eine Überspannung) ebenso tätigen Anteil hat, als die Urteilsschwäche. Wir rekurrieren nur auf letztere, um das endgültige Unterliegen der Kranken unter die Wahnvorstellungen plausibel zu machen.

Ätiologie.

Eine geistige Schwäche ist nicht unbedingtes Postulat für die Entwicklung der Paranoia.

Liegt ein durch Heredität, Trauma, Vergiftung, senile Veränderung geschädigtes Gehirn vor, so kann die dadurch gesetzte Invalidität des Trägers die natürliche Erklärung für die Entstehung der Verrücktheit abgeben. Nicht selten sehen wir eine eigenartige Veranlagung des Charakters, in erster Linie durch Heredität bedingt, zugrunde liegen. Es sind oft eigentümlich stille, grüblerisch veranlagte, rechthaberische, reizbare, mißtrauische Personen, bei denen bestimmte Gelegenheitsursachen die Erkrankung auslösen.

In fast drei Viertel aller Fälle ist eine erhebliche Belastung nachzuweisen. Unter den Gelegenheitsursachen spielen Alkoholismus, sonstige Vergiftungen (Kokain, Blei, Lues) Haft, starke gemütliche Erregung durch Rechtsstreitigkeiten, Enttäuschungen eine wesentliche Rolle.

In einzelnen Fällen läßt sich die Entstehung der Erkrankung bis in die früheste Jugend verfolgen: Paranoia originaria (Sander). Häufig begegnen wir dem Ausbruch in der Pubertät.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptome und Verlauf.

Wir können die Paranoia chronica simplex von der Paranoia chronica hallucinatoria unterscheiden.

Die Entwicklung erstreckt sich oft über viele Jahre. Bei diesem langen Vorbereitungsstadium ist es recht schwer, den eigentlichen Beginn und die ersten Anfänge und Manifestationen der Störung festzulegen. Daher erhalten wir auch so selten einen richtigen Einblick in die ersten Gefühlsstörungen, welche diese Kranken empfinden. Und doch sind diese sehr ausgesprochen vorhanden.

Es bemächtigt sich des Kranken ein Gefühl der Ängstlichkeit, Bangigkeit. „Es bewegt ihn", er fühlt sich „anders". Es ist ein „unbestimmtes inneres Gefühl", welches wehmütig stimmt. Oft empfinden sie große Mattigkeit, Abspannung, Befangenheit. Schlaflosigkeit, Kopfweh, Kopfdruck sind häufige Klagen.

Zu diesen mehr unangenehmen Empfindungen gesellen sich dann andere im entgegengesetzten Sinne. Es gehen „gute und schlechte Gefühle" nebeneinander. Sie fühlen sich gehoben, mit übermenschlicher Kraft, leicht ums Herz, schneidig, verzückt, himmlisch, unbeschreiblich wohl, es ist als ob die „Gedanken fließen", der „Geist ist geweitet". Warme Freude und Rührung durchrieselt den Körper. Sie fühlen sich frisch, munter, erhoben, „eigenartig erregt, als ob ein Glück bevorsteht". Sie sind so leicht, als ob sie fliegen könnten, als ob sie schwebten. Außerordentlich häufig sind frühzeitig schon hypochondrische Empfindungen: eine Leere im ganzen Körper, wie von Stein, als ob sie keine Zirkulation hätten, ein Gefühl von Fieber, Hitze, Wärme, Kälte, ein Kriebeln, plötzliche Betäubung, Klopfen, Drückungen am Kopfe, Gedärmschwäche, Stiche im Leib, krampfartige Zuckungen in den Gliedern.

Diese Störungen sind in manchen Fällen schwankend, beeinflussen den Kranken nur vorübergehend in der Stimmung, so daß sie oft ganz unbeachtet bleiben. Erst bei längerem Bestehen, bei stärkerer Intensität bemächtigt sich des Kranken eine Verstimmung mit Mißtrauen. Die körperlichen Beschwerden steigern seine hypochondrischen Befürchtungen. Er fühlt sich seiner Umgebung gegenüber anders als sonst, merkt, daß etwas an ihm und um ihn vorgeht. Er fühlt sich zurückgesetzt, verkannt.

Für den Gesunden ist's schwierig, sich eine Vorstellung zu machen von der Verfassung, in welcher ein solcher Kranker sich befindet. Zur Erklärung hat man physiologische Vorgänge herangezogen: das Gefühl, wie es jemand hat, der zum erstenmal Uniform trägt und glaubt, jeder müßte ihm die Änderung ansehen, alle schenkten ihm ihre Aufmerksamkeit (C. WESTPHAL).

Das Mißtrauen steigert sich, er kommt sich fremd vor in seiner Umgebung, weiß nicht, wie er sich diese erklären soll, sucht Rat und Aufklärung, scheut sich zu fragen, legt sich aufs Beobachten. In gespannter innerer Unruhe und Erwartung verfolgt er nun alles, was in seiner Umgebung sich abspielt.

Er hat die Vermutung, die Ahnung, daß etwas gegen ihn vorliegt und findet eine Bestätigung dieses Verdachts in den harmlosesten Vorgängen. Die Leute sehen ihn besonders an, grüßen auffallend oder grüßen gar nicht, spucken aus, die Kinder laufen nach, lachen eigentümlich, „alles ist verändert, alles in anderem Lichte, wie verwandelt" (verkauft, verzaubert), er kommt sich als an einem fremden Ort vor. Die Tiere schreien anders, die Gänse schnattern besonders, der Hahn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kräht lange, die Vögel fliegen dicht heran, die Glocken läuten lange und dumpf. Miene, Gebärde, Geste, Bewegung, die Stimmen der mit ihm Sprechenden erscheinen verändert, sie sprechen mit eigenartiger Betonung, richten Blicke auf ihn, fixieren ihn, machen Bemerkungen.

In den Zeitungen liest er Anspielungen, in Versammlungen, in der Kirche, im Kolleg spricht der Vortragende zu ihm besonders, bringt Beziehungen zu seiner Person. Im Theater werden Stücke gegeben, welche für seine Verhältnisse besonders passen.

Alles bringt er in Beziehung zu sich, sucht hinter allem etwas. Diese Idee, daß er beobachtet wird, setzt sich mehr und mehr fest. Hat sich das Mißtrauen anfangs nur gegen seine nächste Umgebung gerichtet, so dehnt es sich bald aus auf alle, die er sieht. Im Theater, im Restaurant, im Konzert, auf der Eisenbahn überall kennt man ihn. Es muß eine Verschwörung, ein Komplott sein, darauf angelegt, ihn zu beobachten und zu verfolgen. Er kann sich nicht anders denken, als daß seine Photographie überall verteilt, daß sein Signalement in allen Orten bekannt gemacht ist, Geld ausgesetzt ist für seine Ergreifung. Die Idee der Verfolgung nimmt immer festere Gestalten an: er soll beseitigt, vergiftet werden, für einen Mord macht man ihn verantwortlich, er soll diesen eingestehen; verkleidete verzauberte Leute folgen ihm, locken ihn in leere Straßen, um ihn zu überfallen, zum Eintritt in den spiritistischen Geheimbund will man ihn bringen, er ist für vogelfrei erklärt. Zu Unsittlichkeiten sucht man ihn zu verführen, zu Notzuchtvergehen, er soll Versuchsobjekt zu Studienzwecken sein.

Die Idee der Vergiftung gewinnt Anhaltspunkte in der besonderen Zubereitung der Speisen, die süßlich, anders riechen, ihm mit besonderer Betonung angeboten werden. Eine leichte Übelkeit, ein Unbehagen nach dem Essen gibt ihm die Gewißheit, daß das Essen mit Gift (Arsenik, Alkoholpillen) präpariert war.

Die Verfolgungen erscheinen so ausgedehnt, mit solcher Überlegung und List, daß er auf die Vermutung kommt, es müssen ganz bestimmte Leute, die seiner Familie, einer politischen Partei, einem Verein, einer religiösen Gesellschaft angehören, dabei beteiligt sein. Jesuiten, Juden, Geheimpolizisten, Kriminalbeamte, Freimaurer, Sozialdemokraten, Studenten hält er an seiner Verfolgung beteiligt. Auf dieser Stufe der Entwicklung kann die Erkrankung verharren: **Verfolgungswahn, persekutorischer Wahnsinn.**

In der Regel treten noch andere Ideen hinzu oder gehen mit den Verfolgungsideen Hand in Hand, sind gleich von vornherein mit diesen vorhanden: **Größenwahn.**

Die im Beginn auftretenden oben geschilderten Gefühle des Gehobenseins usw. geben oft die Grundlage ab für die Größenideen. In seltenen Fällen ist eine Abhängigkeit dieser von den Verfolgungsideen derart vorhanden, daß die Entstehung der Größenideen als Resultat der Erklärung für die allgemeine intensive Beobachtung und Aufmerksamkeit, welche dem Kranken geschenkt wird, angesehen werden kann.

Getragen von dem hohen Gefühl des eigenen Wertes und der Person kommt ihm die Ahnung, etwas Besonderes zu sein, von hoher Abstammung, aus einem adligen, einem Fürsten, Königsgeschlecht zu stammen. Aus gelegentlichen Erzählungen hat er gehört, daß bei seiner Geburt Wunderzeichen passiert seien, die Sterne haben besonders gestanden. Aus Vorgängen in der Natur, dem Zuge der Wolken, dem Rauschen der Blätter, des Wassers, dem Fliegen der Vögel hat sich ihm Gott offenbart, um Veränderungen, Verbesserungen, Reformen auf politischem, religiösem, sozialem Gebiet durchzuführen. Er ist als Werkzeug ausersehen. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verfolgungen sind eine Probe, eine Vorbereitung, eine Prüfung, ein Martyrium, welches ihm auferlegt ist, damit er seiner erhabenen Rolle gerecht werden kann.

Aus Träumen, aus bestimmten Vorgängen entnimmt er Stützen für seine Ideen. Er wird mit besonderem Respekt behandelt, das Militär grüßt ihn, die Wache tritt für ihn ins Gewehr, aus dem Schloß eilen Lakaien, wenn er vorübergeht, der Fürst grüßt ihn, im Theater singt die Primadonna Lieder, welche Bezug haben auf seine hohen Beziehungen und Verbindungen.

In märchenhaft phantastischer Weise berichten manche dieser Kranken über ihre Abstammung, sie wären untergeschobene Kinder, ausgesetzt bei fremden Eltern, bei Pflegeeltern erzogen, ihre richtigen Eltern, von hoher fürstlicher Abstammung, die sie an der Ähnlichkeit erkennen, wollen sie geheim halten, bis ihre Zeit gekommen ist und sie hervortreten können. Sie berufen sich dabei auf Träume, in denen sie prächtig gekleidet, im fürstlichen Wagen gefahren wären, Versammlungen von Fürsten und Königen mitmachten, in denen die präsidierten.

So gelangen sie allmählich zu einer völligen Umwandlung ihrer ganzen Persönlichkeit, erklären sich für adlig, Fürst, Prinz, König, Kaiser, Messias, Reformator, Erfinder, Entdecker usw.

So können sich Verfolgungs- und Größenwahn oder beide kombiniert entwickeln durch die unrichtige Auffassung wirklicher Erlebnisse und durch die falsche Deutung von Wahrnehmungen.

Jedenfalls genügen diese, um die Auffassung des Kranken über seine Person und ihr Verhältnis zur Außenwelt ganz zu ändern, sie zu verschieben, zu „verrücken".

Sinnestäuschungen sind nicht unbedingt nötig zum Zustandekommen. In vielen Fällen sind sie so zahlreich auf allen Gebieten, daß sie der Erkrankung ein besonderes Gepräge verleihen: Paranoia chronica hallucinatoria. Es ist nicht so selten, daß sie von vornherein sehr lebhaft auftreten, namentlich die Täuschungen des Gehörs. Sie gehen dann oft einher mit eigenartigen Empfindungen. Gleichzeitig mit einer solchen Empfindung spüren die Kranken eine Sinnestäuschung, es spricht eine laute Stimme, ein Ruf erschallt. Die erste Sinnestäuschung, die erste Stimme setzt zuweilen mit einer ganz besonderen Empfindung ein, mit einem Ruck durch den ganzen Körper, wie von einem elektrischen Schlag. Sie hören die Stimme und sehen gleichzeitig ein Blitzen vor den Augen, eine helle Wolke, ein Strahl fliegt vorüber.

Stimmen in allen Variationen und Abstufungen hören sie. In der Luft spricht es von oben, unten, leise, laut, tief, hoch. Einzelne, mehrere Stimmen rufen. Es ist eine Unterhaltung der Stimmen untereinander und mit dem Kranken selbst. Jedesmal, wenn er etwas denkt, wird eine Stimme laut, die Gedanken werden abgelesen, entzogen, aus dem Gehirn geholt (Telephongeschichte, Cumberland — Gedankenlesen). Er antwortet den Stimmen, das Wort legt sich ihm auf die Zunge (er fühlt es) und dann muß er es aussprechen. Schlechte, unangenehme Stimmen wechseln ab mit angenehmen, guten; selten, daß auf dem einen Ohr eine beschimpfende, auf dem anderen eine beruhigende, lobende Stimme gehört wird. Die Stimmen fragen aus, es ist wie ein Verhör, das angestellt wird. Sie erfolgen langsam, rhythmisch, als wenn die Ader schlägt. Innen im Körper, im Kopf, im Magen, im Geschlechtsteil spricht es. Der Inhalt, selten angenehm, beruhigend, meist beschimpfend, feindlich, steht in engstem Zusammenhang mit dem, was der Kranke denkt, er beklagt sich geradezu über die laut gewordenen Gedanken. Es sind

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmähungen, Schimpfworte, anzügliche Reden (Lump, Verbrecher, Zuchthäusler, aus dem wird was Rechtes, so einen gibt es nicht), gemeinen sexuellen Inhalts. Es ist eine förmliche Überwachungskommission, was er treibt, tut, denkt, alles wird vorher gesagt; jetzt macht er das, jetzt geht er dahin, nun lacht er, jetzt ißt er usw. Daneben Stimmen, welche ihm seine Größe, seine hohe Bestimmung verkünden (der wird König, der ist zu Großem bestimmt). Gottes Stimme verheißt ihm seine Mission, läßt Berufung an ihn ergehen.

Mit den Stimmen verbinden sich Erscheinungen: Geister, Bilder werden vorgestellt, ein Theater wird gespielt, er sieht Köpfe in phantastischer Form, die Gestalten Verstorbener, er sieht den Himmel offen, Gott in glühenden Wolken, den heiligen Geist im Licht, sieht Blitze, blaue Flämmchen. Die Bilder sind nebelhaft, legen sich aufs Gesicht. In der Wohnung sehen sie phantastische Köpfe an den Möbeln, Wänden. Mit dem Rascheln und Poltern über sich sehen sie die Decke sich bewegen, es sind deutlich Löcher angebracht, durch welche sie beobachtet werden. Im knisternden Feuer sehen sie Gestalten.

Geschmacks- und Geruchstäuschungen sind zuweilen sehr ausgesprochen: Gerüche nach Schwefel, Karboldämpfen, Gasen, nach Leichen, Sektionen. Selten, daß der Kranke einen angenehmen Geruch nach Veilchen, Nelken beobachtet.

Perverse Sensationen und hypochondrische Empfindungen sind oft so zahlreich schon im Anfang vorhanden, daß von einem hypochondrischen Stadium der Verrücktheit oder von einer hypochondrishen Verrücktheit gesprochen werden kann.

Der Körper verändert sich, er spricht nicht mit eigener Stimme, die Zunge wird bewegt, festgehalten, er muß stottern, die Augen werden bewegt der Kopf wird größer, kleiner, die Arme werden länger, der Mund wird dick, das Gesicht verzerrt sich, ein Ziehen in Händen, Füßen, es knackt darin, die Füße schrumpfen. Die Nervenenden stehen mit den Nervenenden anderer in Berührung, empfangen von diesen elektrische Schläge. Der Körper ist wie verfault, Eiweiß und Mark gehen heraus, Stuhlgang und Urin sind verändert. Alle diese hypochondrischen Empfindungen werden als durch äußere Einwirkung und Beeinflussung entstanden gedeutet. Die Kranken vermuten dabei physikalische, chemische Kräfte im Werk, sprechen von Elektrizität, Magnetismus, Spiritismus, Hypnotismus, Maschinen besonderer Konstruktion. Die Genitalsphäre ist babei besonders in Mitleidenschaft gezogen.

Es wird eine „Entsamung", eine Entkräftung vorgenommen. Dabei bedienen sich die Feinde sonderbarer, besonders konstruierter Apparate in Form von „Fliegen", welche auf große Entfernungen, selbst durch Wände und Decken hindurch den Samen abziehen. Um den Effekt vollständig zu machen, wird eine Wollustgeruch durch das ganze Land verbreitet, durch welches die Bevölkerung in einen Sinnestaumel versetzt wird.

Zur aktiven und passiven Vollziehung des Beischlafes werden sie benutzt. Sie spüren deutlich die Nähe einer fremden Person, das Küssen, Umarmen, die geschlechtliche Berührung. Durch magnetische, elektrische Ströme werden die Genitalien beeinflußt, mit Röntgenstrahlen beleuchtet. Die Säfte werden herausgezogen. Mit Hohlspiegeln, Fernrohren werden Blendungen vorgenommen. Blutstockungen werden hervorgerufen, das Herz wird zum Stillstand gebracht.

Bei Frauen entwickelt sich häufig durch diese Empfindungen die Idee, schwanger zu sein. Sie spüren, wie der Leib sich aufbläht, glauben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bewegungen wahrzunehmen. Sie haben bemerkt, wie ihnen in der Betäubung ein Federkiel mit Samen eingeführt wurde in die Gebärmutter. Sie glauben Wehen zu bemerken, sehen Fruchtwasser abfließen, das Kind, die Nachgeburt zur Welt kommen.

Sehr lebhaft sind oft die Empfindungen, ein Tier im Leibe zu haben: eine Schnecke im Gehirn, im Leib Würmer, die nagen, welche die Materie durch den ganzen Körper tragen. In der Wirbelsäule sitzt ein Tier, welches die Wirbel übereinanderschiebt, dadurch wird Stuhlgang verhindert. Der Idee, selbst in ein Tier verwandelt zu sein (Lykanthropie, Kynanthropie) begegnet man heutigen Tags selten. Der Glaube an Hexen, an Dämonen, welche ihnen Gift, Bazillen im Essen beigebracht, von ihrem Körper Besitz ergriffen haben, kehrt auch heute noch in den Wahnideen dieser Kranken wieder.

Für das Zustandekommen dieser verschiedenartigen Wahnideen, ihrer Verknüpfung zu Systemen sind Erinnerungsfälschungen von großer Bedeutung. Retrospektiv überschauen sie ihr ganzes Leben. Jetzt in dem Lichte des Wahnes erscheinen ihnen manche ganz gleichgültige, harmlose Ereignisse ganz besonders, gewinnen eine hohe Bedeutung.

Jetzt ist ihnen erst klar, warum Bemerkungen über sie gemacht, weshalb diese Andeutungen gefallen sind.

Nach dem verschieden gefärbten Inhalt der Wahnvorstellungen spricht man von erotischem Wahn (Erotomanie), religiösem, politischem Wahn, Erfinderwahn, Eifersuchtswahn usw.

Bei der Erotomanie bemächtigt sich die Idee des Kranken, der Geliebte oder die Geliebte eines Bestimmten, zuweilen einer hochgestellten Persönlichkeit zu sein, ohne daß der Betreffende jemals Gelegenheit gehabt hat, in nähere Beziehung zur Person seiner Neigung zu treten, kaum daß er diese gesprochen hat. Aus Blicken, Reden, Gesten, aus zufälligen Ereignissen (weil sie einmal eine Blume getragen hat) wird diese Idee abgeleitet. In schwärmerischer platonischer Verehrung hält er an seinem Ideal fest, hofft immer, daß die Zeit der Vereinigung kommen wird.

Beim Eifersuchtswahn stützt sich der erste Verdacht auch auf ganz zufällige Ereignisse. Eine Bewegung der Frau, ein Blick, ein Lächeln, eine zu lange Unterhaltung beweisen dem Manne, daß er betrogen wird. Nun sieht er in gleichgültigen Zetteln geheime Korrespondenz, das Erröten dient ihm als Schuldbewußtsein, das ganze Benehmen der Frau kommt ihm verändert vor, sie ist kühl, abstoßend, auch im ehelichen Verkehr merkt er die abnehmende Neigung, das Gefühl ist anders dabei, das Glied brannte, schrumpfte nachher gleich ein. Er glaubt Ausfluß zu bemerken. Flecke in der Wäsche, Kniffe im Bettuch dienen als Beweis des Umganges mit anderen. Ein Herpesbläschen an der Lippe zeigt ihm die Ansteckung durch einen anderen Mann.

Der Eifersuchtswahn kommt für sich allein vor oder als Teilerscheinung des allgemeinen Verfolgungswahns, zuweilen mit Größenwahn.

Der Mann merkt, wie er vergiftet werden soll, die Frau hat anderes Essen, sie steht im Komplott mit Anarchisten, denen sie sich hingibt, ist in deren Händen ein Werkzeug, ihn beiseite zu schaffen.

Bei der religiösen Verrücktheit entwickelt sich die Idee, Apostel, Paulus, Christus, Messias, Prophet, Verkünder einer neuen Religion usw. zu sein. Außerordentlich häufig ist hier im Beginn ein hypochondrisches Vorstadium: aller Samen wird von einer höheren Macht entzogen, das Blut wird aus der Brust mit einem Schlauch entnommen. Er muß kämpfen gegen Sünde und Macht der Finsternis, ein Martyrium bestehen.

Damit mischen sich die Ideen der allgemeinen Verfolgung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am Himmel erscheinen Wunder, blaue Blitze, Strahlen, welche sich auf ihn niedersenken. Er empfängt die Verkündigung, die Offenbarung durch Gottes Stimme.

Als Paranoia originaria hat SANDER eine Form der Verrücktheit beschrieben, wo die krankhaften Störungen sich bis in die Kindheit hinein verfolgen lassen.

Es sind eigenartig veranlagte, sonderbare, empfindliche menschenscheue, zu Grausamkeiten neigende Kinder, bei denen sich früh hypochondrische und Beeinträchtigungsideen einstellen. Sehr frühzeitig kommt es zu ausgesprochenen Vergiftungsideen, zu denen meist später Größenideen hinzutreten. In der Regel ist eine schwere neuropathische Konstitution vorhanden.

Die Stimmung der Kranken ist eine wechselnde, im großen und ganzen mit den Wahnideen im Zusammenhang stehend, insofern, als eine gehobene, selbstbewußte den Größenideen, eine erwartungsvolle, ablehnende, mißtrauische, leicht reizbare, erregbare Stimmung den Beeinträchtigungsideen entspricht. Auf diese Kongruenz ist nicht mit Sicherheit zu rechnen, z. B. sah ich bei einem Kranken, der sich über geschlechtliche Beeinflussung lebhaft beklagte, jedesmal eine gehobene, angenehme Stimmung, wenn die Manipulation von seinen Feinden durch eine Maschine erfolgte.

Manche Kranke haben sich sehr in der Gewalt, verraten in ihrer Stimmung für gewöhnlich nichts von den sie beherrschenden Vorstellungen.

Gelegentlich, bei besonderen Veranlassungen macht sich die gehobene oder mißtrauische Stimmung geltend. Sie sind dann sofort bemüht, dieses zu verbergen.

Auch im ganzen Auftreten, Benehmen, Handeln zeigen oft die Kranken, namentlich im Beginn, keine auffallenden Störungen. Sie verstehen sehr geschickt ihr Mißtrauen, ihre Furcht zu verbergen. Gelegentlich einmal verrät sich die Erkrankung in kurzen Äußerungen, in plötzlichen abrupten Handlungen, die einen Einblick in die krankhaften Vorstellungen und ihren Einfluß auf die Kranken gestatten.

Bei vielen Kranken ist die Reaktion auf die Wahnvorstellungen eine recht lebhafte. Sie suchen Schutz gegen ihre vermeintlichen Gegner, wenden sich an die Behörden, bringen der Polizei Nahrungsmittel, damit diese auf Gift usw. untersucht werden, beklagen sich bei den Gerichten über ihre Feinde, wenden sich an die breiteste Öffentlichkeit in Zeitungen, in Broschüren, Flugblättern, machen Eingaben an die Parlamente, in denen sie um Abstellung der Verfolgungen, der Schmähungen, der Frevel usw. bitten. Wird ihnen keine Unterstützung, so suchen sie sich durch gewalttätige Angriffe und Attentate gegen ihre Gegner zu schützen, teilen Schläge, Ohrfeigen aus, schießen. Um ihren Feinden zu entgehen, machen sie fortwährend Reisen, wechseln die Wohnung.

In der Idee, eine Prüfung zu überstehen, bringen sie sich Verletzungen bei, schlagen sich Nägel in Hände und Füße, in den Kopf, kastrieren sich, bohren sich die Augen aus.

Sie konstruieren sich Schutzapparate von Blech, Pappe, Zeug für ihren Körper, um den Einwirkungen des Magnetismus usw. zu entgehen. Ihre Wohnungen verrammeln sie, lassen sich besondere Schlösser machen, wickeln Fäden um Klinke und Schlüssel ihrer Tür, die sie jedesmal wieder lösen und versiegeln, um zu verhüten, daß unbemerkt jemand zu ihnen kommt. Gegen die Stimmen stecken sie sich Watte in die Ohren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um die bösen Geister zu vertreiben, hatte sich ein Kranker den ganzen Körper, Gesicht inbegriffen, mit Jodtinktur bepinselt.

Die am Wahn der vornehmen Abstammung Kranken suchen ins Schloß zu dringen, wollen sich ihren fürstlichen Verwandten vorstellen.

Die Erfinder bemühen sich, für ihre Ideen (perpetuum mobile usw.) Anhänger zu gewinnen. Die religiös Verrückten wollen ihren neuen Lehren Geltung verschaffen, stören den Gottesdienst, verbreiten Flugblätter mit Beschimpfungen der bestehenden Kirche.

Die an Erotomanie Leidenden schreiben zärtliche Briefe, suchen sich ihren Auserwählten um jeden Preis zu nähern, lauern ihnen auf, reisen ihnen nach, suchen in die Wohnung zu dringen.

Hat diese Kranken dann eine gemeingefährliche Handlung in die Irrenanstalt gebracht, verhalten sie sich hier oft ganz ablehnend; mit herablassender lächelnder Miene verweigern sie die Auskunft. Oft sind sie nach abgelaufenem Erregungszustand am neuen Ort zunächst ruhig, fühlen sich von Verfolgungen freier, dann ziehen sie auch die neue Umgebung in das Reich ihres Wahnes. Durch die gebotene Zurückhaltung, die sie als widerrechtliche Freiheitsberaubung auffassen, findet der Wahn der Beeinträchtigung oft neue Nahrung.

Die Sprache der Verrückten zeigt oft Besonderheiten, sie sprechen eigentümlich geziert, affektiert, andere stottern infolge von hypochondrischen Empfindungen im Halse, an der Lunge, am Munde. Manche nehmen in Schrift und Sprache eine besondere Ausdrucksweise an, bilden ganz neue Worte, um die verschiedenen Manipulationen klar zu machen, welche mit Hilfe von Maschinen an ihnen ausgeführt werden.

Eine reiche Blütenlese findet sich in WOLLNY: Erklärungen der Tollheit. Zuweilen führen sie die Ausdrücke auf Sinnestäuschungen des Gehörs zurück, wie „Hal, Skene, Kordelhand", Worte, welche einem Kranken zugerufen wurden.

Der Verlauf ist ein chronischer, oft sich über das ganze Leben erstreckender. Die Wohnbildung ist nicht immer progressiv, es kommt zu Stillständen.

Im Beginn und späterhin kommen Erregungszustände vor, welche den bei der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit auftretenden Erregungen gleichen. Sie sind als Exazerbationen im Verlaufe der chronischen Erkrankung aufzufassen. Auch stuporöse Phasen können sich einschieben: Anfälle von Starre, stereotype, krampfartige Bewegungen, Stummheit, Nahrungsverweigerung, Widerstreben. Die krampfartigen Bewegungen können äußerlich hysterischen Anfällen sehr ähnlich sehen, werden ausgelöst durch Empfindungen, Sensationen und Vorstellungen. Bei den religiös Verrückten kommt es häufig zu ekstatischen, dämonomanischen Zuständen mit anhaltendem Beten, Wiederholung derselben Worte, Singen von Psalmen, Sprüchen, Neigung zu Verletzungen. Ein schubweiser Verlauf in Remissionen ist in einzelnen Fällen zu beobachten.

Prognose.

Die Prognose ist eine ernste. Mit der Annahme der Unheilbarkeit in jedem Falle von Verrücktheit muß man jedoch sehr vorsichtig sein. Vereinzelt gelangt die Erkrankung zur Heilung, es sind besonders die Fälle, welche mit einer lebhaften Beteiligung der Affekte einhergehen, bei denen es vorwiegend zur Entwicklung von Verfolgungsideen gekommen, der Größenwahn nur angedeutet ist (z. B. in einem Falle verfolgt wegen guter Begabung), nicht zu einer totalen Umänderung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Persönlichkeit geführt hat. Manche Kranke lernen sich so beherrschen, daß sie Genesung vortäuschen können. Die Intelligenz bleibt in vielen Fällen intakt. Bei einem Teil tritt, unter Zerfall des Wahnsystems, deutliche geistige Schwäche ein.

Über die als Dementia paranoides (nach KRAEPELIN als paranoide Form der Dementia praecox) beschriebene Form vgl. dieses Kapitel.

Therapie.

Es wird von mannigfachen Zufälligkeiten, die in dem Charakter des Kranken, in dem Inhalt der Wahnvorstellungen, in der äußeren Umgebung begründet liegen, abhängen, wann ein Kranker in Anstaltsbehandlung kommt. Versuch der Ablenkung durch geeignete Beschäftigung wird die zweckmäßige Therapie sein. — Bei dem schädlichen Einfluß, den zuweilen die Zurückhaltung ausübt, wird bei nicht vorhandener Gemeingefährlichkeit der Versuch einer freieren Unterbringung angezeigt sein.

Forensische Bedeutung[1]).

Die forensische Bedeutung der Paranoia ist eine große. Es gibt zwar Paranoiker, welche ihr ganzes Leben lang harmlos bleiben, nicht einmal der Anstaltsbehandlung bedürftig werden, aber gelegentlich kann auch ein anscheinend harmloser Paranoiker für seine Umgebung gefährlich werden. Inhalt und Richtung der Wahnideen, äußere Umstände sind bei der Abschätzung der Frage nach der Gefährlichkeit der Kranken zu berücksichtigen. Die Handlungen, welche die Kranken mit dem Gesetz in Konflikt bringen, stellen sich meist als Abwehr- und Schutzmaßregeln gegen die vermeintlichen Feinde dar. In Wort und Tat suchen sie sich ihrer Angreifer und Verfolger zu erwehren, greifen zur Selbsthilfe durch Angriffe. Das Überlegte, Planmäßige macht sie für ihre Umgebung unter Umständen sehr gefährlich.

Ihr Vorgehen und ihre Angriffe werden von dem Inhalt ihrer Vorstellungen beeinflußt. Es kommt zu Majestätsbeleidigungen infolge von Verfolgungs- und Größenideen, zu Störungen des Gottesdienstes infolge von religiösen Ideen, zu Angriffen gegen das Leben anderer, weil sie von ihnen sich verfolgt und beeinträchtigt wähnen (oft hypochondrische Vorstellungen). Den Nachweis des kausalen Zusammenhanges zwischen Wahnvorstellung und Straftat verlangt das Gesetz nicht für den Nachweis der krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51.

Die Entmündigung wird in ausgesprochenen Fällen keine Schwierigkeiten bereiten. Mit der Unheilbarkeitserklärung bei chronischer Verrücktheit sei man sehr vorsichtig.

Schwierig ist die Frage der Dispositionsfähigkeit dann, wenn sich die Wahnideen auf einen bestimmten Kreis erstrecken; im übrigen der Kranke gesund erscheint („partiell verrückt"). Es kommt hier auf den Umfang der Störung an und auf die Wirksamkeit bei Besorgung der Angelegenheiten.

Es muß nachgewiesen werden, daß infolge der Geisteskrankheit eine solche Beeinflussung des Handelns stattfindet, daß es den Betreffenden an der Besorgung der Angelegenheiten faktisch hindert.

Bei der Abschätzung, ob wegen Geisteskrankheit oder Geistes-

---

[1]) s. a. SIEMERLING, Streitige geistige Krankheit im Handb. d. gerichtl. Med. von SCHMIDTMANN Bd. III. Berlin 1906.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwäche die Entmündigung statthaben soll, werden in erster Linie Art und Umfang der vom Kranken zu besorgenden Angelegenheiten zu berücksichtigen sein. Bei einfachen Verhältnissen wird der Kranke unter Umständen noch beschränkt geschäftsfähig sein können.

Schwierigkeiten wird dem Sachverständigen auch eine eventuelle Dissimulation bereiten können. Vollständige Beherrschung der Krankheit, daß sie das Handeln nicht ausschließt, wird auch die Annahme der Dispositions- und Geschäftsfähigkeit zulassen.

Literatur.

ADAM, GEORG, Zum periodischen Irresein. I.-D., Rostock 1903.

ADRIAN, HERMANN, Zur Frage vom moralischen Irresein und Verbrecherwahnsinn. I.-D., Berlin 1881.

BALLET, GILBERT, La psychose halluzinatoire chronique. L'Encéphale. No. 11, S. 401.

BANSE, Zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. ger. Neur. u. Psych. Bd. XI, S. 91.

BARASCH, HANS, Zur Symptomatologie der chronischen Paranoia. I.-D., Kiel 1911.

v. BECHTEREW, Über hypnotischen Zauberwahn. Monatsschr. f. Psych. Bd. XXII, H. 3, S. 202, 1907.

Derselbe, Über zwangsweise Eifersucht. Ebd. Bd. XXVI, H. 6, S. 501.

BECKER, WERNER, Die Prognose der Paranoia. Reichs-Med.-Anz. 1912, Nr. 23, S. 708.

BENNINGHAUS, FRANZ, Beitrag zur Paranoia chron. sexualis u. Paran. chron. erotica. I.-D., Kiel 1913.

BERGER, HANS, Klinische Beiträge zurParanoiafrage. Monatschr. f. Psych., Bd. XXXIV,, H. 3.

BERZE, Das Primärsymptom der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. N. F. Bd. XXII. S. 432, als Monographie erschienen. Halle, Marhold 1903.

BIANCHINI, LÉVI, Observation sur les tableaux cliniques de Paranoia et démence paranoide. Rev. neur. Nr. 14, S. 645.

BIRNBAUM, Über den kausalen Zusammenhang hypochondrischer Wahnvorstellungen mit somatischen Störungen. Med. Kl. 1907, Nr. 30, S. 891.

BLEULER, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, Marhold 1906.

BUMKE, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilkunde. N. F., Bd. 20, S. 381.

BUCHHOLZ, ALBERT, Über die chronische Paranoia bei epileptischen Anfällen. Habilitationsschrift. Leipzig 1895.

CAPGRAS et TERRIEN, Délire d'imagination symptomatique. Ann. méd. psych. X, T. 1, S. 406.

CHRISTIANSEN, VIGGA, Paranoiens skilling i den moderne psykiatrie. Tidskr. for Nord. Retsmed. og Psychiatr. Jahrg. 9, S. 22.

CRAMER, A., Pathologisch-anatomischer Befund in einem akuten Falle der Paranoiagruppe. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 1.

CRAMER, Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1902. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 715.

DAMAYE et MÉZIE, Délire systematisée aigu, état chronique suivi de démence; autopsie. Arch. de Neurol. Vol. I, 8. Ser. No. 4, S. 236.

DAMEROW, H., Seefloge. Eine Wahnsinnstudie. Halle 1853.

DANNEMANN, Zur Kasuistik der typisch. Form der Paranoia. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1906, S. 277.

DIDE et CARRAS, Psychose périodique complexe, délire d'interprétation, psychose excito-depressive, obsessions et impulsions. Ann. méd. psych. Sér. 10, T. III, S. 408.

DROMARDET ALBÈS, Folie du doute et illusion de fausse reconnaissance. Rev. de Psych. T. XI, 1, S. 12.

DRYSDALE, H. H., Types of Paranoia. The Cleveland Med. Journ. Vol. VII, Nr. 7, S. 395.

ENNEN, Paranoia oder manisch-depressives Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. N. F., B. 20, S. 434.

ESPUET, PAUL, Über akute primäre Verrücktheit mit Anschluß zweier in der Charité zu Berlin beobachteter Fälle. I.-D., Berlin 1874.

EVERKE, P., Aphasieähnliches Symptom bei einem Paranoiker. I.-D., Würzburg 1908.

FERENCZI, Die Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. Gyogyászat. 51, 630, 641.

FISCHER, IGNAZ, Führt die Paranoia zur Verblödung. Gyogyászat Nr. 7.

FORSTER, Über die Bedeutung des Affektes bei Paranoia. Neurol. Zentralbl. 1907, S. 933 u. Monatschr. f. Psych. Bd. XXXII, S. 189.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Frank, Paranoia halluzinatoria nach Kopfverletzung. Med. Klin. 1909, Nr. 30. S. 1135.
Frantz, Adolf, Ein Fall von Paranoia mit konträrer Sexualempfindung. I.-D., Berlin 1895.
Fritsch, J., Allgemeine Diagnostik des Irreseins. Wiener Klinik, VII. Jahrg., H. 8, 1881.
Gadelius, Broc., Paranoia och paranoida tillstand. Tidskr. for nord. retsmed. og psykiatri, Jahrg. 9, S. 42.
Gottlob, A., Zur sexuellen Form des Verfolgungswahns. I.-D., Würzburg.
Hamel, Maurice, Contribution à l'étude clinique des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés. Paris 1892.
Hammer, Kasuistische Beiträge zur Paranoia chronica. I.-D., Kiel 1912.
Heller, Ernst, Die Wahnideen der Melancholiker. I.-D., Marburg 1898.
Henneberg, R., Beitrag zur Kasuistik der Paranoia chronica. Charité-Annal., 21. Jahrg.
Hermann, Über die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns. Zeitschrift f. Psych., Bd. 66, H. 2, S. 261.
v. Hösslin, Die paranoischen Erkrankungen. Zeitschr. f. ges. Psych. Bd. 18, S. 363.
Jaspers, K., Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: „Entwicklung einer Persönlichkeit oder Prozeß." Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. I, H. 5., S. 567.
Jänicke, Georg, Über Metamorphosenwahn. I.-D., Hannover 1902.
Joffroy, Contribution à l'étude de l'interprétation délirante dans les délires systématisées. L'Encephale. 3. Jahrg., Nr. 2, S. 117.
Jolly, Degenerationspsychose und Paranoia. Charité-Annal., Bd. XXVII, S. 465.
Kalmus, Über den anat. Befund von Urogenitalapparat eines 57jähr. Paranoikers, 26 Jahre nach Selbstkastration. Prag. med. Wochenschr., Nr. 43, S. 573.
Käs, Th., Untersuchungen über Verwirrtheit. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten, 2. Jahrg. 1890.
Kern, O., Über Symptomenkomplexe, besonders den paranoischen und Hereditätsfrage in der Psych. Württemb. C.-Bl., Bd. LXXXI, Nr. 15, S. 235.
Kraepelin, Über paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. XI, H. 5, S. 617.
Kleist, Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXX, H. 1, S. 1.
Krueger, H., Beiträge zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. ges. Psych., Bd. XX, S. 116.
Krueger, H., Über Paranoia hallucinatoria. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. 12, S. 510.
Krause, A., Über eine bisher weniger beobachtete Form von Gesichtstäuschungen bei Geisteskranken. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 3.
Derselbe, Über Zustände von Verwirrtheit und Aufregung oder Stupor im Beginne und Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.
Kunick, Zur Lehre von der Paranoia chronica. I.-D., Kiel 1905.
Lehmann, R., Paranoia, Affekt, Verfolgungswahn, Größenwahn. Psych. neurol. Wochenschr., XI. Jahrg., Nr. 37, S. 321.
Leidesdorf, Kasuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit.
Legrand du Saull, Le Délire des Persécutions. Paris 1871.
Linke, Noch einmal der Affekt der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59. S. 256. (Erwartungsaffekt.)
Löwy, Das Krankheitsbild der überwertigen Idee und die chronische Paranoia. Lotos, Bd. 56, H. 5.
Luther, A., Über das Vorkommen chronischer Alkoholhalluzinosen. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. 9, S. 582.
Maier, H., Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. 13, S. 555.
Massilon, Reni, Les délires halluc.-chron. L'Enceph. 1912, S. 133.
Mayburdjuck, Peter, Klinische Varietäten der chronischen einfachen und halluzinatorischen Paranoia. I.-D., Berlin 1911.
Mahles, Kasuistischer Beitrag zur Paran. chron. Eifersuchtswahn auf nicht alkohol. Basis. I.-D., Kiel 1908.
Merklin, A., Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVIII.
Meyer, E., Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns mit Bemerk. zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych., Bd. 46, S. 487.
Derselbe, Religiöse Wahnideen. Arch. f. Religionswissensch., Bd. XVI.
Meynert, Theodor, Die akuten (halluzinat.) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Wien 1881.
Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris 1893, übersetzt von Möbius.
Neisser, Klemens, Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte, Vortrag im Verein ostdeutsch. Irrenärzte in Breslau 5. Dez. 1891. Zentralbl. f. Nervenh. u. KPsych.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

NOLDEN, KARL, Casuist. Beitrag zur Paran. chron. I.-D., Kiel 1911.
NORMAN, CONOLLY, Modern Witchcraft, a study of a phase of Paranoia. Journ. of ment. Sc. Vol. LI, S. 116.
OTTO, F. H., Ein seltener Fall von Verwirrtheit. I.-D., München 1889.
PARAND ARMAND, VICTOR, Les Délires de Jalousie. Thèse Toulouse 1901.
PARROT, L., Poésies d'un persécuté. L'Enc. 4, S. 596, 1906.
PICK, Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 2, 1902.
REUTER, C., Über den heutigen Stand der Paranoiafrage. Neurol. Zentralbl. 1912, S. 1337.
ROHDE, CARL, Zur Symptomatologie der Paranoia chronica. I.-D., Kiel 1909.
ROGMANN, ALFRED, Beitrag zur sozialen Bedeutung der Paran. chron. halluc. I.-D., Kiel 1912.
REINIGE, THEODOR, Ein Beitrag zur Lehre vom zirkulären Irresein. I.-D., Bonn 1902.
REINHARD, H., Über Erfindungswahn. I.-D., Kiel 1908.
SKIERLO, FRIEDR., Über periodische Paranoia. I.-D., Königsberg i. Pr. 1900.
SANDBERG, FRIEDR., Beitrag zur Charakteristik der Wahnideen der chron. Verrückten. I.-D., Breslau 1887.
SOMMER, Paranoia. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.
SCHAEFER, H., Paranoia? Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, H. 6, S. 972.
SCHULTZE, ERNST, Stirnersche Ideen in einem paranoischen Wahnsystem. Arch. f. Psych., Bd. XXXVI, H. 3.
Derselbe, Bemerkungen zur Paranoiafrage. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 3 u. 4, 1904.
SCHULTZE, MAX, Über den Eifersuchtswahn außerhalb des chron. Alkoholismus. I.-D., Bonn 1893.
SCHOLINUS, GUSTAV, Über primäre und sekundäre Paranoia. I.-D., Greifswald 1890.
SCHOTT, Beitrag zur Lehre von der sog. originären Paranoia. Monatsschr. f. Psych., Bd. XV, S. 321.
Derselbe, Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, S. 257.
SCHNEIDER, Ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, S. 65.
SCHLÖSS, Infantile Paranoia. Über einen Fall von infantiler Paranoia. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 25, 1903, S. 671.
SERBSKY, WLADIMIR, Contribution à l'étude des formes mixtes. Ann. médicopsych. 9. S., T. III, Nr. 3, S. 370.
SÉRIEUX et CAPGRAS, Une variété de délire d'interprétation. Les interprétateurs filiaux. L'Encéphale 1910, Nr. 2, S. 113. Nr. 4, S. 49.
SCHNIZER, Die Paranoiafrage. Referat über die Paranoialiteratur der letzten 20 Jahre. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Ref. 8, 313, 1913.
SKLIAR, Über die Grübelsucht. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XXX. Bd., 1909.
SIEMERLING, Psychiatrie im Wandel der Zeiten. Rede. Kiel 1904.
SIEFERT, Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych., Bd. 39, S. 783.
SOUKHANOFF, Sur quelques cas particuliers de trouble mental à caractère paranoide et mélancolique. Rev. de Psych., T. X., Nr. 7, S. 178, 1906.
Derselbe, De la soi-disont „paranoia". Journ. de Neurol. Nr. 13, S. 241.
SPECHT, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk., N. F. Bd. 19, S. 817.
TAUBE, WOLDEMAR, Über hypochondrische Verrücktheit. I.-D., Dorpat 1886.
TILING, Zur Paranoiafrage. Psych. Wochenschr., Nr. 43, S. 431.
TÖBBEN, Ein Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahns. Monatsschr. f. Psych., Bd. XIX, H. 4, S. 323.
VIDONI, Sopra un caso di psicosi paranoide. Il Manicomio, Bd. 15.
WERNER, C., Die Paranoia. Monographie. Stuttgart 1891.
WAHLERT, FRANZ, Zur Kasuistik des Eifersuchtswahns. I.-D., Greifswald 1903.
WASSMUND, ERNST, Beitrag zu der Frage von dem Vorkommen der kompletten und partiellen Amnesie bei der akuten und chronischen Paranoia. I.-D., Berlin 1886.
WERNICKE, Grundriß der Psychiatrie.
WESTPHAL, C., Über die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., XXXIV. Bd., H. 2, S. 352, 1878.
WILMANNS, K., Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. N. F., Bd. 21, S. 204.
ZIEHEN, TH., Über Störungen des Vorstellungsablaufs bei Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, H. 1.

Schriften von Kranken.

AHRENS, Ein Appell an Hamburger Bürger.
VON BESSER, Aus dem Irrenhause.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Caspar, F. R., Sie Seele des Menschen, ihr Wesen und ihre Bedeutung. Leipzig.
Gehrmann, Karl, Körper, Gehirn, Seele, Gott. Berlin 1893. (Ein vierbändiges Werk.)
Haslam, Erklärungen der Tollheit, übersetzt von Wollny. Leipzig 1889.
Hermann, Das moderne Vehmgericht, eine soziale Gefahr. Erlebnisse eines für unheilbar irrsinnig Erklärten.
Modernes Strandrecht. Kein Roman, eine aktenmäßige Entmündigungsgeschichte.
Paasch, Eine jüdisch-deutsche Gesandtschaft und ihre Helfershelfer.
Schmezer, An König und Mitbürger. Leidensgeschichte eines unschuldig Verfolgten.
Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig 1903.
Tepfer, Über die Tatsache des psycho-sexuellen Kontaktes oder die actis in Distans.

II. Querulantenwahnsinn.

Einer besonderen Erwähnung verdient die Abart der chronischen Paranoia, der

Querulantenwahnsinn.

Beim Querulantenwahnsinn herrscht die **Idee der rechtlichen Beeinträchtigung, der rechtlichen Verfolgung.**

Die Erkrankung bricht in der Regel während eines Rechtsstreites, während der Führung eines Prozesses aus, in welchem der Betreffende bei der Entscheidung der ersten Instanz unterliegt. Nicht immer ist es aber der ungünstige Auslauf der Rechtssache, das daraus resultierende Gefühl des erlittenen Unrechtes, nein, auch die günstige Wendung, der Gewinn des Rechtsstreites, kann den Anstoß geben zur Entwicklung der Erkrankung, ausgehend von der Vorstellung, es sei in dem günstigen Urteil nicht genügend Recht, nicht das richtige Recht gesprochen.

Eine Wendung in dem Erkenntnis gibt zuweilen den Anknüpfungspunkt, noch mehr Recht zu erlangen, als gesprochen ist.

Auf jeden Fall glaubt der Kranke sich nicht im Besitze des richtigen Rechtes oder im Unrecht. Er glaubt sich benachteiligt, geschädigt, zurückgesetzt durch die Behörden, welche mit seiner Sache zu tun haben. Daraus entwickelt er sich Anschauungen über Rechtsverhältnisse, zu deren Bildung die tatsächlichen Umstände gar keinen oder keinen ausreichenden Grund abgeben. Trotz aller mit seinen Anschauungen in Widerspruch stehenden Tatsachen, trotz aller eklatanten Gegenbeweise hält er an der einmal gefaßten, in dieser Ausdehnung unbegründeten und darum unzutreffenden, oft ganz falschen Anschauung fest. Dieser sucht er Geltung und Anerkennung zu verschaffen.

Diese Idee der rechtlichen Benachteiligung wirkt wie ein ins Wasser geworfener Stein: er zieht immer weitere Kreise. Daß sie Wurzel fassen und sich so weitgehend ausbreiten kann, erklärt sich ungezwungen aus der in der Regel bestehenden großen Selbstüberschätzung und dem trotz guter Kenntnisse der Rechtsformen gleichzeitigen Mangel an richtigem Verständnis für das wirkliche Recht, für den sittlichen Inhalt des Rechtes.

Dieser Urteilsmangel und die gesteigerte Selbstüberschätzung, die den Wert anderer Personen, wenn überhaupt, nur sehr begrenzt, einschätzt, führen zu einer unbegrenzten Würdigung und maßlosen einseitigen Betonung der eigenen Interessen.

Für sich beanspruchen sie nur Rechte, Pflichten weisen sie ihren Gegnern zu. Von der Richtigkeit der einmal gefaßten Meinung sind sie so überzeugt, daß sie jedem Versuch der Aufklärung, der Korrektur,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Belehrung trotzen. In starrer Unbelehrbarkeit („ich bin der rocher de bronze, an welchem sich das jetzige Recht brechen muß") beharren sie auf ihrem Wahn.

Dieses Mißverhältnis zwischen den tatsächlichen Verhältnissen und den Schlußfolgerungen, die sie ziehen, wird in der Folgezeit immer größer und auffallender.

In vielen Fällen gelingt es, an der Hand des Aktenmaterials den Nachweis zu erbringen, daß die Schlußfolgerungen der Kranken, welche sie in ihren Beschwerden zutage fördern, der tatsächlichen Begründung ganz entbehren. Aber darauf kommt es in letzter Linie nicht an, ob sie eine unbegründete, falsche oder irrige Meinung vertreten, sondern es handelt sich um die Art und Weise, in welcher die Auffassung über erlittene rechtliche Schädigung weiter verarbeitet wird. Das ist zu berücksichtigen, wenn die Klarstellung der tatsächlichen Verhältnisse auf Schwierigkeiten stößt und im Stich läßt.

Allen Einwendungen setzen die Kranken eine vollkommene Unbelehrbarkeit und Starre entgegen. Nur ihre eigene Ansicht ist die allein richtige, wer dieser zustimmt, ist ihr Freund, wer ihr zu widersprechen wagt, ihr Feind, der ebenso wie die Behörden sie zu schädigen sucht, mit diesen sich im Bunde befindet.

Infolgedessen sind sie empfänglich für alles, was in ihre Ideenverbindung paßt, sie verlieren jede Objektivität des Urteils, wie fasziniert halten sie sich in ihrer Leichtgläubigkeit nur an das, was mit ihrer Denkweise übereinstimmt.

Diese verkehrte, wahnhafte Auffassung, welche allen äußeren Verhältnissen entgegengebracht wird, führt zu einer falschen Beurteilung der Handlungen aller Personen, die mit ihrer vermeintlichen rechtlichen Benachteiligung irgendwie in Berührung gekommen sind. Alle Überlegungen, Urteile und Beweggründe dieser erscheinen ihnen anders, verändert, werden nicht mehr aus den normalen Verhältnissen heraus beurteilt, sondern nur in Beziehung zu ihrem eigensten Recht, in Beziehung zu ihrer krankhaft veränderten Persönlichkeit betrachtet. Eine unbefangene sachliche Prüfung der Gesamtverhältnisse vorzunehmen sind sie gar nicht mehr imstande. Der Gedanke: „was ich denke, tue, halte ich für gerecht, das ist das Rechte" läßt sie nicht zu einer richtigen Auffassung und zu richtigen Schlußfolgerungen kommen.

Die falsche Prämisse ruft immer wieder falsche Schlüsse hervor. Entgegenstehende Zeugenaussagen gelten darum nicht für sie. Die einzig richtigen Zeugen, wenn sie überhaupt solche anerkennen, sind lediglich die, welche in ihrem Sinne aussagen. Dabei macht es ihnen nichts aus, wenn ihre zitierten Zeugen nur nichtige Sachen zu berichten wissen, in der Hauptsache ganz abweichen von ihrer Meinung.

Auffassungsvermögen und Gedächtnis sind oft intakt. In anderen Fällen werden auch sie von der alles beherrschenden Idee des erlittenen Unrechtes in Mitleidenschaft gezogen und bei der Neigung, sich alles zu ihren Gunsten auszulegen, kommen sie infolge von Erinnerungsfälschungen leicht zu falschen Reproduktionen. Auf eine Entstellung der Tatsachen kommt es ihnen nicht dabei an, sie ersinnen sich direkt unwahre Geschichten, schieben fabulierte Erzählungen unter.

So nimmt die Idee der rechtlichen Beeinträchtigung das ganze Denken in Besitz. Ist auch die Methode des Denkens noch vorhanden, so ist doch die Fähigkeit, richtig zu überlegen, gestört, weil keine Gegenvorstellung sie von der falschen Voraussetzung abbringt.

Die Idee der rechtlichen Verfolgung gewinnt an Ausdehnung und Intensität. Jeder Widerstand trägt zur Verstärkung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Verallgemeinerung des Wahns bei und läßt den Kranken zu der Auffassung kommen, daß schließlich alle gegen ihn zusammenhalten, nicht nur die, welche mit seiner Angelegenheit direkt zu tun haben, nein, auch seine ganze Umgebung. Seine Familie steht nicht mehr zu ihm, das ganze Dorf hat sich verbündet. Er sieht sich in einer vollkommen rechtlosen Sonderstellung, findet kein Verständnis bei seinen Mitmenschen, weil es diesen nach seiner Ansicht an der nötigen moralischen Befähigung und der erforderlichen Einsicht fehlt. Es kommt in manchen Fällen zum Ausbau anderweitig gefärbter Verfolgungsideen. Die Frau hält es mit dem Gegner, hat sich diesem hingegeben, versucht ihn zu vergiften, beiseite zu bringen. In diesem Stadium treten sogar Sinnestäuschungen auf; so berichtete ein Kranker über die Erscheinung einer Taube und eines Raben, welche miteinander kämpften, führte diese als symbolische Auslegung seines Kampfes gegen das Unrecht auf.

In einem anderen Falle von induziertem Querulantenwahnsinn bei einer an Lues cerebri leidenden Frau traten in der anfallsweise auftretenden Störungen des Bewußtseins sehr lebhafte Sinnestäuschungen, verknüpft mit ihrem Wahnsystem auf: es erschien ihr Hauptfeind, den sie deutlich sah, wie er sie bedrohte.

Derartige halluzinatorische Zustände, meist mit Erregung einhergehend, sind passager und nicht häufig. In den meisten Fällen werden niemals Sinnestäuschungen beobachtet.

Die Besonnenheit, die dadurch vorübergehend gestört sein kann, ist für gewöhnlich bei diesen Kranken ungetrübt.

Bei aller Besonnenheit sind sie aber ganz unbelehrbar. Diese totale Unbelehrbarkeit begründet ihre Eintönigkeit in allen ihren Äußerungen, mögen sie sich mündlich verteidigen oder in Beschwerden ihr Recht suchen. In stereotyper Weise reproduzieren sie immer dieselben Geschichten. Die Idee hat eine zwingende Gewalt erlangt, sie ist zum fixen Zwangsgedanken geworden, der immer wieder antreibt, keine Ruhe läßt.

Diese von innen heraustreibende Kraft der krankhaften Idee im Verein mit der Selbstüberschätzung bewirkt eine mehr oder weniger starke Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit. Dieser noch durch die Unbelehrbarkeit verstärkte Affekt drückt dem ganzen Handeln den Stempel auf. Mit einer außerordentlichen Rührigkeit, mit einer staunenswerten Energie sind sie Verfechter ihres angeblich beleidigten und nun um jeden Preis zu erringenden Rechtes. Beschwerde erfolgt auf Beschwerde, alle Instanzen rufen sie an. Jede Abweisung, jeder ablehnende Bescheid bestärkt sie in ihrer Annahme, daß ihre Gegner ihnen nicht recht geben wollen.

Die Schriftstücke in ihrer Weitschweifigkeit, in ihrer eintönigen Wiederholung immer derselben Geschichten mit den zahlreichen Unterstreichungen, Interpunktionen verraten oft schon ihrem ganzen Äußeren nach die krankhafte Entstehung.

Auch in den Schriften lassen sich die Mängel und Unrichtigkeiten bei der Wiedergabe von Erlebnissen und Äußerungen infolge ihrer mangelnden Reproduktionstreue erkennen, auch hier treten Kritiklosigkeit und Leichtgläubigkeit zutage, mit denen sie ganz unklare und unwahrscheinliche Behauptungen vorbringen. Zuweilen weisen die Schriftstücke eine sehr krause, unklare Ausdrucksweise auf, die das Verständnis sehr erschwert.

Mit großer Sorgfalt sammeln sie alle auf ihre Angelegenheiten bezüglichen Papiere, sind jederzeit bereit, den Inhalt in extenso aus dem Gedächtnis vorzubringen.

Nicht selten steigert sich ihre gemütliche Erregbarkeit bei der Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wähnung ihrer Streitigkeiten sehr. Mit leidenschaftlichem Affekt, mit erhobener Stimme, mit Pathos in Wort und Gesten, in hastiger, sich überstürzender Sprechweise, äußerlich schon ihre Erregung erkennen lassend, ergehen sie sich in Darstellungen über ihr Schicksal, über das himmelschreiende Unrecht, was ihnen zugefügt ist und wird.

Man erwarte aber nicht immer solchen Leidenschaftsausbruch. Wahnsinnige Querulanten wie Verrückte wissen sich sehr wohl zu beherrschen und bemühen sich gerade durch äußere Ruhe, ihre innere Erregung zu verbergen. Ihre dauernd gereizte Stimmung entladet sich dann in Verweigerung der Annahme von Vorladungen oft unter Berufung auf einen ganz nichtigen Grund (Wohlgeboren statt Hochwohlgeboren) auf der Adresse), im Abweisen des Gerichtshofes aus Befangenheit, in Schriftstücken, die von gehässigen Angriffen, Schmähungen, Beleidigungen, Verdächtigungen gegen die Beamten, welche ihre Angelegenheit zu führen haben, strotzen. Der Kranke scheut sich nicht, diese als meineidige Verbrecher, Schurken, Gesetzesbeuger, pflichtvergessene, jeder Moral und Intelligenz bare Beamten hinzustellen, die bestochen sind, nur ein Spiel mit ihm treiben, ihn um jeden Preis verderben wollen. Der wörtlichen Beleidigung folgt oft die tätliche auf dem Fuße, sie schrecken nicht davor zurück, sich mit der Waffe in der Hand ihr vermeintliches Recht zu erkämpfen. Sie fühlen sich als Märtyrer, als unschuldig Leidende, vergleichen sich mit Christus, halten es für ihre Pflicht, den Kampf um das Recht gegen die ganze Welt aufzunehmen, wenden sich in Broschüren, Aufrufen an das Publikum, beschimpfen öffentlich die höchsten Beamten, ergehen sich in Majestätsbeleidigungen (verfolgte Verfolger). Eine beliebte Taktik dabei ist, die persönlichen Beziehungen der Beamten, ihre Abstammung, ihre privaten Beziehungen zu verdächtigen nach der Schablone der Verleumder: semper aliquid haeret.

Als Beleidigung wollen sie das alles nicht anerkannt sehen, nur als Mittel zur Erlangung ihres Rechtes.

In dieser streitsüchtigen Stimmung, mit ihrer Rede- und Schriftgewandtheit, mit ihrer Belesenheit und Kenntnis des formellen Rechtes mit ihrem oft glänzenden Gedächtnis, ihrer Schlagfertigkeit imponieren sie, finden überzeugungstreue Anhänger, werfen sich zu Anwälten der rechtlichen Interessen anderer auf, gründen Vereine zur Wahrung des unterdrückten Rechts. Zeit und Vermögen verschwenden sie in diesem Kampf, bringen sich und ihre Familie oft an den Bettelstab.

Bestrafungen bessern diese Kranken nicht, steigern sie nur weiter in ihren Wahn hinein.

Es ist eine der häufigsten Erscheinungen, daß gerade diese Kranken im Beginn verkannt, auch später, wenn ihr Leiden ganz manifest geworden ist, nicht richtig erkannt werden und eine ganz falsche Beurteilung und Behandlung erfahren.

Schuld daran trägt die Eigenart des von ihnen gebildeten Wahnes der rechtlichen Benachteiligung, der die objektive Möglichkeit des erlittenen Unrechts zunächst nicht ausschließt und darum auf leichtgläubige Gemüter beruhigend und verlockend einwirkt, sie ohne weiteres, ohne Kenntnis der genauen Vorgänge, in den Ruf nach Gerechtigkeit einstimmen läßt.

Das äußere Benehmen dieser Kranken mit dem „Vernünftigreden", der Schlagfertigkeit in Rede und Schrift, hinter welcher sich bei oberflächlicher Betrachtung die krankhaften Erscheinungen verbergen, entspricht so wenig der Vorstellung von Geisteskrankheit, welche der Laie sich zu machen pflegt, daß an alles andere, nur nicht an Geistes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

störung gedacht wird. Dieser Mann, der „so klug spricht", der seiner Beschäftigung nachgeht, soll geisteskrank sein, nie und nimmer,. Er wird noch als besonders gelehrt und gescheit angesehen, allenfalls infolge der Schroffheit seines Auftretens, der beleidigenden Heftigkeit und Gehässigkeit seiner Beschwerden als schlecht, bösartig, „grundverdorben".

So gelingt es einem solchen Kranken leicht, Gesundheitsatteste von Ärzten, von anderen Personen Bescheinigungen über seine normale geistige Tätigkeit beizubringen. Nichts ist ja in den Augen der Menge leichter, als die Beurteilung derartiger Zustände, dazu genügt der gesunde Menschenverstand. Bei der oft erstaunlichen Langmut der Behörden gerade diesen impertinent und schroff auftretenden Petenten gegenüber, bei der ungerechtfertigten Scheu und übertriebenen Ängstlichkeit, sie als das zu behandeln, was sie sind, als Geisteskranke, bringen es derartige Kranke fertig, unaufhörlich mit ihren Eingaben und Beschwerden die Behörden zu belästigen.

Treffliche Fälle, die eine lebende Illustration des Gesagten bieten, habe ich mehrmals beobachtet, sind in der Literatur veröffentlicht (Hitzig, E. Meyer).

Vorkommen.

Das Querulieren als solches ist dem Querulantenwahnsinn keinesfalls ausschließlich eigen.

Es ist ein Symptom, welches sich auch bei Geistesgesunden finden kann. Hüten muß man sich, in der bloßen Tatsache des Querulierens etwa einen Beweis von Geistesstörung zu erblicken. Zeitverhältnisse, Ausfluß des Volkscharakters erfordern Berücksichtigung.

Häufig kommt das krankhafte Querulieren im Verlaufe von anderen Psychosen vor, besonders häufig im Verlaufe der chronischen Verrücktheit, bei den infolge von Verletzungen entstandenen nervösen und psychischen Störungen, bei angeborenen Schwachsinnszuständen, bei Imbezillität, dann gelegentlich auch bei progressiver Paralyse, Dementia senilis, hysterischen, epileptischen Geistesstörungen, Alkoholismus chronicus.

Gewöhnlich ist es bei diesen letzteren Psychosen als Nebenerscheinung zu den übrigen Symptomen hinzugetreten aufzufassen, ohne daß die ganze Psychose ein besonderes charakteristisches Gepräge dadurch erhält.

Als häufigste Ursache muß eine ererbte Veranlagung angesehen werden, übertragen durch ausgesprochene Geistesstörungen, Trunksucht der direkten Aszendenten. Zuweilen lassen sich in der Vorgeschichte dieser Kranken schon weitgehende psychopathische Störungen nachweisen: überstandene geistige Erkrankung, sehr ausgesprochene Stimmungsanomalien, unmoralische, selbst verbrecherische Betätigung ihrer Neigungen von Jugend an, Unvermögen, sich eine feste Lebensstellung zu erringen und zu bewahren.

Die Intelligenz braucht nicht immer beschädigt zu sein. Ein nicht unerheblicher Teil der Kranken weist allerdings die deutlichen Erscheinungen des Schwachsinns auf.

Die Auslösung der Erkrankung führt ein Rechtsstreit herbei.

Diagnose.

Bei der Diagnose ist zu berücksichtigen, daß es nicht auf die Feststellung der Richtigkeit und Unrichtigkeit der Beschuldigungen ankommt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

da die tatsächlichen Verhältnisse eine genaue Entscheidung in dieser Beziehung oft nicht zulassen.

Die Diagnose wird sich stützen müssen auf den **Nachweis der fortschreitenden Veränderung der ganzen Persönlichkeit.** Diese dokumentiert sich in der **einseitigen Betonung des persönlichen rechtlichen Interesses,** die eine vollkommen rechtliche Sonderstellung verlangt, in der **absoluten Unbelehrbarkeit, in den Beziehungs- resp. Verfolgungsideen mit der Tendenz der Verallgemeinerung,** in den fast immer angedeuteten **Größenideen, sei es nur als Selbstüberschätzung,** in der **gesteigerten gemütlichen Erregbarkeit,** die zu einer dauernden tiefgehenden Affektstörung führen kann und das Handeln beeinflußt.

Die Annahme einer partiellen geistigen Störung ist, wie überhaupt, auch bei dieser Erkrankung unhaltbar. Es ist auch nicht mit annähernder Bestimmtheit auszusagen und anzugeben, ob und welche Interessensphäre von der wahnhaften Auslegung und dem falschen Urteil verschont bleibt. Ihre Mitwirkung ist bei keiner Handlung mit Bestimmtheit auszuschließen.

Verlauf und Prognose.

Es ist unzweifelhaft, daß eine **Rückbildung** der wahnhaften Auslegung, wie sie den geisteskranken Querulanten auszeichnet, eintreten kann und der Kranke als genesen anzusehen ist.

Bei manchen Kranken wirkt die gemütliche Erregbarkeit, die Kampfesstimmung dauernd fort und läßt ihn nicht zur Ruhe kommen.

Bei anderen tritt im Laufe der Zeit eine **Beruhigung** ein, die Affektstörung bildet sich zurück, das Alter wirkt zuweilen beruhigend, so daß sie ihre frühere Energie in der Verfolgung ihrer Ideen verlieren, ohne diese selbst aufzugeben. Sie reagieren aber nicht mehr darauf, setzen sie nicht mehr in die Tat um, stellen ihre Beschwerden, Schreibereien, Beleidigungen ein und dokumentieren durch nichts mehr das Vorhandensein ihrer krankhaften Auffassung. Derartige Remissionen können lange anhalten.

Mit Recht werden neuerdings die affektiven Störungen im Verlauf des Querulantenwahnsinns mehr in den Vordergrund gerückt, als es früher geschehen ist. Ja einige Autoren bewerten diese Stimmungsabweichungen so stark, daß sie den Nachdruck darauf legen, direkt von einem Aufgehen des Querulantenwahnsinns in das mechanisch-depressive Irresein sprechen.

Behandlung.

Aus Gründen der Fürsorge resp. der Pflegebedürftigkeit, auch wenn Gemeingefährlichkeit im engeren Sinne nicht mitspricht, sollte ein geisteskranker Querulant Aufnahme in eine Anstalt finden.

Infolge ihrer Erkrankung versetzen gerade Querulanten sich und die Ihrigen oft in die allergrößte Not, so daß eine Verhütung dieser Katastrophe im öffentlichen Interesse wohl angezeigt ist.

Ein **kurzer Aufenthalt in der Anstalt** wirkt meist **beruhigend** und **günstig** auf den Kranken ein, längere Zurückhaltung weckt das Gefühl der ungerechten Festhaltung und erschwert oft die Behandlung sehr.

Die eventuelle Gemeinfährlichkeit wird bei der Entscheidung der Frage nach der Dauer des Aufenthaltes maßgebend sein müssen.

Ein bloßer Ortswechsel wirkt oft auch schon günstig auf die Kranken ein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im allgemeinen Interesse würde es liegen, einen an Querulantenwahnsinn Leidenden, dessen kriminelle Unzurechnungsfähigkeit festgestellt ist, zu entmündigen, sei es wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit.

Pseudoquerulanten.

Neuerdings werden den echten Querulanten die Pseudoquerulanten gegenübergestellt. Haben wir es bei dem echten Querulanten mit einem Krankheitsvorgang zu tun, der zu bestimmter Zeit aus äußerem Anlaß ausbricht und seinen gesetzmäßigen Verlauf nimmt, so sehen wir in dem Pseudoquerulenten eine Form der persönlichen Veranlagung zum Ausdruck kommen, die von Jugend auf besteht und im wesentlichen unverändert fortdauert.

Es sind reizbare, stets unzufriedene, sich beleidigt fühlende Personen, welche ein vermeintliches oder wirkliches Unrecht mit außergewöhnlicher Hartnäckigkeit und mit erhöhter gemütlicher Erregbarkeit verfechten. Mit ihrer Leidenschaftlichkeit verbindet sich ein gesteigertes Selbstgefühl, sie halten sich für besonders klug, legen ihren Angelegenheiten eine besondere, die Öffentlichkeit interessierende Wichtigkeit bei. So geraten sie leicht in Kämpfe und Konflikte mit ihrer Umgebung.

Zu einer wahrhaften Ausbildung ihrer Ideen der Schädigung und Zurücksetzung kommt es nicht. Die Wahnbildung, welche den echten Querulanten in seinem Tun bestimmt und antreibt, fehlt hier. Darum bescheiden sich die Pseudoquerulanten, wenn sie sehen, daß nichts mehr zu erreichen ist, Im gesetzlichen Sinne sind diese Pseudoquerulanten als nicht geisteskranke, nur querulierende Personen anzusehen.

Auf die Schwere der psychopathischen Veranlagung wird bei ihnen der Nachdruck zu legen sein, wenn es sich um forensische Würdigung handelt.

Forensische Bedeutung.

Bei der forensischen Würdigung des Querulantenwahnsinns finden die über die chronische Paranoia angestellten Betrachtungen ihre Anwendung. Nicht zu vergessen ist, daß eine Rückbildung der wahnhaften Auslegung eintreten kann und der Kranke als genesen anzusehen ist.

Im Beginn der Störung kann die Feststellung der Geisteskrankheit im Sinne des § 51 sehr schwierig sein, besonders bei nicht schwachsinnigen Querulanten.

Man berücksichtige auch die starken affektiven Störungen, welche zuweilen umfassender sind, als die Bildung von wahnhaften Vorstellungen.

Bei der Entmündigung ergeben sich oft die allergrößten Schwierigkeiten. Zu berücksichtigen ist, daß die Querulanten sich und die Ihrigen oft in die allergrößte Not versetzen. Eine Verhütung des gänzlichen Zusammenbruchs ist wohl im öffentlichen Interesse angezeigt. Sehr kompliziert können sich die Fälle gestalten, in denen die krankhafte Auffassung der rechtlichen Schädigung sich nur auf die Beziehungen zum Gericht erstreckt, alle übrigen Beziehungen der Betreffenden z. B. in einem Amt, in einer Tätigkeit unberührt läßt.

Bei einer einmaligen im Affekt begangenen Handlung wird es angängig sein, auch in solchen Fällen den § 51 in Anwendung zu bringen. Anders liegt es bei der Frage der Dispositionsfähigkeit. Geisteskrank-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heit oder Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. wird kaum nachzuweisen sein.

Bei Wiederaufhebung der Entmündigung eines Querulanten ist genau nachzuforschen, wie die Wahnideen noch sein Handeln beeinflussen.

Mit der Anwendung des „Schwachsinns" bei dieser Form der Erkrankung sei man vorsichtig. Manche Handlung und Äußerung des Kranken ist wohl im höchsten Grade befremdlich, unzutreffend und unzweckmäßig, aber noch lange nicht schwachsinnig.

Literatur.

ALBÉS, ABEL et CHARPENTIER, RÉNÉ, Psychose systematisée chronique à forme querulante. Constitution paranoique. Idée prévalentes Interprétations délirantes. L'Encéphale Nr. 8, S. 134.

ASCHAFFENBURG, Querulanten und Pseudoquerulanten. Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 776.

ARNEMANN, Über Paranoia querulatoria im Anschluß an Fall Münch. Reichs-Med. Anz., Nr. 5, S. 83.

BROSIUS, Über Querulantenwahn. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24, 1876.

BECKER, CARL, Der Querulantenwahn. I.-D., München 1889.

Derselbe, Eine Querulantin. Friedr. Bl. 05.

BÜDER, Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahnsinn. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXIX, S. 492.

FÜRSTNER, Bemerkungen zum Fall Hegelmair. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1894.

GROSS, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Querulantenwahns. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. XXIX. Suppl. S. 107.

HEILBRONNER, Hysterie und Querulantenwahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Zentralblatt f. Nervenheilk., XXX. Jahrg., N. F., Bd. XXIII, S. 769.

HORN, Unterschiede zwischen gesunden und kranken Querulanten. Friedrichs Bl. für gerichtl. Med. 1893.

HENNEMEYER, Fall von Denunziantenwahn. Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 3. Folge, Bd. VIII, S. 205.

HITZIG, Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

JOLLY, TH., Gutachten über einen Fall von Querulantenwahnsinn. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1907, S. 441.

KALÄHNE, WALDEMAR, Beitrag zum Querulantenwahnsinn. I.-D., Berlin 1898.

KÖPPEN, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. (Literaturverzeichnis.) Arch. f. Psych., Bd. XXVIII, H. 1.

Derselbe, Beitrag zur forensischen und klinischen Beurteilung des sog. Querulantenwahnsinns. Charité-Annal., Bd. XIX, S. 606.

Derselbe, Zur Lehre von der überwertigen Idee und über die Beziehung derselben zum Querulantenwahnsinn. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.

KORNFELD, H., Entmündigung wegen partieller Geistesstörung. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXIII, H. 2, S. 334.

LEPPMANN, Querulantenwahn und Zwangsvorstellungen. Ärztl. Sachverst.-Ztg., 1903, Nr. 14, S. 282.

MEYER, E., Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns Arch. f. Psych., Bd. XXXIV, H. 1.

Derselbe, Zur Kenntnis des Querulantenwahns. Friedrichs Blätter f. ger. Med. 1903.

MAGNAN, Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1893. 8. 9. Lection Persecutés — Persécuteurs — übersetzt von MÖBIUS.

MARX, Gutachten über einen Fall von Querulantenwahn. Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 3. Folge, Bd. VII, S. 233.

MITTENZWEIG, Der Fall Witte. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1893.

MORAVCSIK, Gegen Menschenleben wiederholt begangenes Verbrechen eines Paranoikers. Monatsschr. f. Kriminalpsych., Bd. IX, S. 40.

PFISTER, Über Paranoia chronica querulatoria. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX, S. 589.

SCHÜLE, H., Epikritische Bemerkungen zum Hegelmairprozeß. Württemb. med.. Korrespondenzbl., Bd. LXIV, Nr. 17, 1894.

SIEMERLING, E., Gutachten betreffend den Geisteszustand des Herrn X. Charité-Annal., 18. Jahrg.

Derselbe, Streitige geistige Krankheit im Hdb. der ger. Medizin von Schmidtmann. Bd. III, S. 257.

STRASSMANN, Querulantenwahn. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schriften von Kranken.

Bihler, Ein militärischer Justizmord.
Oe, Zustände in der Staatsirrenanstalt Winnenthal.
Pfeiffer, Enthüllungen aus dem Bereiche des Irrenwesens und der Rechtspflege.
Paasch, Dr. jr. Freiherr F. E. von Langen und der Fall Paasch.
Witte, Meine Amtsenthebung wegen beginnenden Querulantenwahns.

Im Anhang besprechen wir die

Paranoia acuta.

Die akute Paranoia als selbständiges Krankheitsbild wird nicht allgemein anerkannt. Besonders die Autoren, welche von der Auffassung ausgehen, es handele sich bei der Paranoia um eine durch und durch präformierte Abweichung des Seelenlebens, die nicht akut auftreten kann, stellen das Vorkommen einer akuten Paranoia als Krankheitsbild in Abrede, rechnen derartige Fälle zur Amentia, Katatonie, zum manisch-depressiven Irresein.

Im allgemeinen Teil (Seite 31) ist angeführt, daß die Symptome der akuten Paranoia als **Zustandsbild** auf dem Boden einer pathologisch veränderten konstitutionellen Grundlage bei geistigen Schwächezuständen, im Verlaufe anderweitiger Erkrankungen, bei Hysterie, Epilepsie, Dementia senilis, progressiver Paralyse sich entwickeln können. Die akuten paranoischen Zustandsbilder sind nicht selten Teilerscheinungen der chronischen, progressiv verlaufenden Hebephrenie, insbesondere treten sie im Verlauf der katatonen Form der Hebephrenie auf.

In **vereinzelten Fällen** läßt sich die Paranoia acuta als selbständiges Krankheitsbild abgrenzen.

Ätiologie.

Die Erkrankung bricht häufiger in der ersten Lebenshälfte aus. Der Erblichkeit fällt keine erhebliche Bedeutung zu. Hereditäre Belastung ist nur vereinzelt nachzuweisen, die sich in eigenartiger Veranlagung kundgibt. Es sind oft leicht empfindliche, verletzliche, exaltierte Menschen, die übelnehmerisch, unverträglich, mißtrauisch den Verkehr meiden.

Psychisch-körperliche Schädlichkeiten spielen bei den ursächlichen Momenten eine wichtige Rolle: akuter Blutverlust, Unterernährung, mangelhafter Schlaf, akute starke Gemütsbewegung, seelische Beeinträchtigungen durch andauernde Sorgen, Kummer oder Verdruß und geistige Überanstrengung (Examen, intellektuelle Überlastung). Vielfach findet sich die gemütliche Schädigung mit der geistigen Überanstrengung vereint.

Bestimmte Gelegenheitsursachen können die Erkrankung zum Ausbruch bringen: in der Haft, besonders der Einzelhaft, nach Vergiftungen, im Wochenbett sehen wir den Ausbruch erfolgen.

Zuweilen ist überhaupt kein ätiologisches Moment nachweisbar:

Eine der häufigsten Ursachen ist der chronische Alkoholismus. Die Form, in welcher die Erkrankung sich hier oft präsentiert, ist der akute Eifersuchtswahn, der für sich allein oder in Verbindung mit anderen Ideen der Verfolgung untermischt mit Größenideen sich entwickelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(S. d. Kapitel Alkoholismus.) Auch im Puerperium resp. in der Laktation ist die akute Entstehung des Eifersuchtswahns nicht selten (siehe Puerperalpsychosen).

Symptomatologie und Verlauf.

Vorboten von relativ kurzer Dauer, auf einige Tage oder höchstens Wochen sich erstreckend, kommen zur Beobachtung, doch sind sie meist vager Natur. Es wird bemerkt, daß die Kranken wie abwesend, zerstreut, zerfahren, vergeßlich sind, ihre gewohnte Arbeit schlecht ausführen. Oder sie werden still, ängstlich, gedrückt, mißtrauisch, unruhig, präokkupiert, grüblerisch, zuweilen bestehen kurze Zeit vage Körperschmerzen. In anderen Fällen bilden ein mystisches, geheimnisvolles, verzücktes Wesen, reizbare Erregbarkeit die Prodromalerscheinungen. Der Patient fühlt sich „wunderbar wohl", hat ein „ahnungsvolles" Gefühl.

Vereinzelt zieht sich das Prodromalstadium vagen körperlichen und seelischen Mißbehagens lange hin, Schlaflosigkeit, neurasthenische Beschwerden können lange vorausgehen.

Der Ausbruch der eigentlichen Krankheit erfolgt in der Regel in akuter Weise, nicht selten so, daß zunächst die Krankheitserscheinungen nur bei Nacht auftreten, während bei Tage die Kranken sich noch beherrschen können.

Der weitere Verlauf gestaltet sich dann in verschiedenen Formen: entweder es treten Wahnvorstellungen auf ohne Verwirrtheit in zusammenhängender systematisierter Form, beruhend auf Umdeutung oder Kombination, resp. Beziehungswahn. Diese Wahnideen beherrschen dann das ganze folgende Krankheitsbild. Halluzinationen fehlen ganz oder sind doch nur andeutungsweise vorhanden, während Illusionen zahlreich sind. Die Stimmung entspricht in diesen Fällen den Wahnvorstellungen oder sie ist indifferent, gelegentlich ängstlich, deprimiert oder erregt gehoben (Paranoia acuta simplex).

In anderen Fällen, die als Paranoia acuta hallucinatoria bezeichnet werden können, sind von vornherein schon viele Sinnestäuschungen und lebhafte Wahnbildung, starke Affekte, Erregung und Störungen im Ablauf und Zusammenhang der Vorstellungen vorhanden, und der Kranke erscheint in höherem oder geringerem Grade phantastisch oder halluzinatorisch verwirrt, resp. benommen. Der Verlauf ist desto stürmischer, je stärker die Sinnestäuschungen und die Verwirrtheit sind, doch pflegt dieses stürmische Anfangsstadium selten lang zu dauern, vielmehr tritt meist schon nach relativ kurzer Zeit die Ruhe wieder ein, entweder dauernd oder vorübergehend, als Remission.

Die Halluzinationen können den Charakter des Möglichen, des Realen tragen, anknüpfend an tatsächliche Vorgänge. Sie sind dann vorzugsweise Gehörstäuschungen, untermischt mit Illusionen. Der Patient hört seine Verfolger, wie sie ihn bedrohen, beschimpfen, über ihn komplottieren, zu Gericht sitzen, sich gegenseitig Signale zurufen, sich bei seiner Beobachtung verständigen. Das bei Alkoholhalluzinationen häufige Symptom, daß der Kranke den Gehörstäuschungen als Zuhörer beiwohnt, ist nicht selten vorhanden, die Gehörstäuschungen hängen dann inhaltlich unter sich logisch zusammen. Gesichtstäuschungen können dabei vorhanden sein oder fehlen. Trotz Reichhaltigkeit der Halluzinationen kommt es in diesen Fällen nicht zur Verwirrtheit. Verwirrtheit vorübergehend oder für längere Zeit zeigt sich dann, wenn die Sinnestäuschungen von vornherein massenhaft in allen Sinnesgebieten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auftreten, einen flüchtigen, phantastischen, irrealen, übersinnlich-mystischen Charakter tragen. Sie wechseln inhaltlich, haben keine Beziehung untereinander, sind unter Umständen unsinnig, barock, sich gegenseitig widersprechend.

Es läßt sich oft gar nicht unterscheiden, ob der Kranke wirklich Sinnestäuschungen hat, oder ob es sich nur um Einfälle, Eingebungen, momentane Wahnideen durch phantastische Auffassung und Umdeutung der Umgebung, um Illusionen oder um Phantasien handelt.

Nur von wenigen — den nicht oder wenig Verwirrten — ist nachträglich Genaueres über Inhalt und Art der Sinnestäuschungen zu erfahren, oft genug werden sie ganz bestritten — „es war eine Eingebung, es kam mir so in den Kopf, mein Inneres sagte es mir — Stimmen habe ich nicht gehört".

Die Umdeutungen realer Vorgänge spielen eine große Rolle. Lieder, Worte, Annoncen, Bruchstücke von Drucksachen, Wagenrollen, das Fliegen der Raben, das Husten der Umgebung, das zufällige Zusammentreffen mit denselben Personen, mit Radfahrern — alle solche gleichgültigen Zufälligkeiten werden als etwas Besonderes auf die eigene Person bezogen, umgedeutet, durch Zusätze und Erinnerungsfälschungen ausgebaut, mit der Wirklichkeit identifiziert. Die Umdeutungen bilden neben den Halluzinationen eine besonders häufige Ursache der Wahnbildung, die aber noch auf manche andere Art zustande kommt.

Träume und Ahnungen spielen dabei eine große Rolle, auf ihnen werden ohne Kritik komplizierte kohärente Wahnideen aufgebaut, welche dann plötzlich das Bewußtsein vollständig beherrschen. Was der Kranke sich denkt, was ihm einfällt, erscheint ihm als reale Wirklichkeit, als erlebt, er baut darauf weitere wahnhafte Schlüsse oder es spricht von „Eingebungen", von „Offenbarungen" nicht gehörten oder erlebten, sondern „gefühlten". — Oder die Ideen tauchen primär auf ohne Beziehungen zum sonstigen Bewußtseinsinhalt, oder zur Außenwelt und zum wirklich Erlebten. Auch aus einer krankhaften Stimmung heraus, aus einer ekstatischen Gehobenheit, aus einer Begeisterung, aus einem „inneren Impuls" einer Art psychischen Rauschgefühls heraus können Wahnideen vorzugsweise expansiver Natur entstehen, oder aber Verfolgungsideen aus einem primären Angstgefühl.

Die Verwirrtheit und die damit in Verbindung stehende Affektstörung und motorische Beeinflussung ist entweder nur im Anfang vorhanden, um nach kurzer Zeit einem Zustande von Besonnenheit Platz zu machen, oder aber sie tritt im Verlaufe der Krankheit interkurrent in meist kurzen Anfällen auf.

Sowie die Beruhigung eintritt, und die Besonnenheit sich wieder herstellt, zuweilen schon innerhalb der Verwirrtheit läßt sich konstatieren, daß der Kranke ein zusammenhängendes Wahngebäude produziert, festhält und unter Umständen ausbaut.

Der Inhalt dieses Wahnsystems ist außerordentlich verschieden, und der Ausbau das eine Mal ein bis ins Feinste detaillierter, während in anderen Fällen das Wahngebäude weit dürftiger und lockerer fundamentiert ist — niemals aber handelt es sich um nur einzelne flüchtige wechselnde Ideen, sondern stets um ein in sich geschlossenes, stationäres Wahngebäude, das einige Zeit festgehalten wird. In den Fällen wesentlich nicht halluzinatorischer Paranoia ohne oder mit nur geringer Verwirrtheit ist das Wahnsystem absolut dem der chronischen Paranoia analog in Form und Inhalt, wie es dort geschildert ist.

Wo es sich wesentlich um Wahnideen und Sinnestäuschungen religiös-mystischen Inhalts handelt, da gestaltet sich auch das Wahnsystem sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

phantastisch. Der Kranke fühlt sich von Geistern, übersinnlichen Einflüssen, von Teufeln, Hexen, Spuk umgeben, Gott schickt ihm eine geheimnisvolle Prüfung, um ihn nachher zu begnaden, die Geister wechseln fortwährend ihre Gestalt, sind in und außer ihm wirksam, es wird mit Zauberspiegeln, Einblasen, Blitzen und Funken gearbeitet, gute und böse Geister ringen um ihn.

Diese Wahnideen beherrschen während des größten Teils der Erkrankung das Bild völlig. Während das Benehmen des Kranken, sein Tun und Lassen und seine äußere Haltung bei Fehlen der Erregung ein im ganzen ruhiges und geordnetes, oder aber reaktiv-sekundäres ist, analog der Stimmung, in den Fällen, wo eine Verwirrtheit nicht vorhanden ist, pflegt das anders zu sein bei bestehender Inkohärenz.

Hier kommt es einerseits zu starken Affekten wechselnder Natur, andererseits zu ausgesprochenen motorischen Reiz- und Hemmungserscheinungen, Wesen, Haltung und Benehmen der Kranken sind schwer verändert.

Die Orientierung und Auffassung ist mehr oder weniger gestört — selten sehr erheblich — der Kranke ist lebhaft erregt, schwätzt, lacht, pfeift, kommandiert, ist ideenflüchtig, macht Reime und Verse, seine Stimmung ist ausgelassen, heiter, gehoben oder abwechselnd damit reizbar, deprimiert, ängstlich, mißtrauisch. Starke Ekstasen werden beobachtet. Lebhafter Bewegungsdrang führt zu Lärmen, Trommeln, Zerstören, Zerreißen, Entkleiden, zu ununterbrochen wiederholten gleichen Bewegungen, man beobachtet Grimassieren, körperliche Unruhe, Bewegungsstereotypie, sprachliche Überstürzung, Verbigeration bis zu sinnlosem Wortsalat. Oder aber der Kranke ist gehemmt, bewegungslos, stumm, zeigt ein blindes Widerstreben oder kataleptisches Verhalten. Er ist unreinlich, läßt sich füttern.

Oder ganz plötzliche motorische Ausbrüche wechseln mit Unbeweglichkeit — in der Regel auf Grund von Halluzinationen oder Wahnideen, wie die Katamnese ergibt.

Die bis zur Tobsucht gesteigerten Erregungszustände und die Stuporzustände können sich wiederholen, unterbrochen durch Remission völliger oder halber Ruhe und Klarheit, wie denn überhaupt der Verlauf einige Zeitlang ein ausgesprochen remittierender und exazerbierender sein kann. Immerhin sind diese Exazerbationen mit Erregung und Verwirrtheit meist nur von kurzer Dauer, mögen sie nun das Bild einleiten oder aber interkurrent auftreten. Es handelt sich meist nur um Tage, selten um Wochen; sie pflegen, sofern sie sich wiederholen, allmählich kürzer und schwächer zu werden und dann zu verschwinden. Manchmal ist das Benehmen der Kranken in diesen Erregungszuständen ein auffallend läppisches und kindisches und macht einen geradezu schwachsinnigen Eindruck. Sie lachen blöde, machen allerlei Dummheiten, putzen sich bizarr heraus, necken die anderen Kranken usw. Dieser Zustand ist aber ein lediglich vorübergehender. Gelegentlich folgt der Erregung ein Zustand geistiger Erschöpfung und Apathie oder ein Depressionszustand, resp. ein Zustand psychischer Reizbarkeit.

Die Erinnerung an die überstandene Krankheit ist eine außerordentlich verschiedene. Sie kann sehr summarisch resp. lückenhaft, aber auch sehr vollständig sein — im allgemeinen wird das am besten erinnert, was als Realität oder Einbildung (Wahn, Sinnestäuschung) die „stärkste Bewußtseinsintensität" hatte; die Stärke der Amnesie entspricht in der Regel der Höhe der primären Verwirrtheit.

Die Heilung erfolgt meist allmählich, selten plötzlich nach verschieden langer Zeit. Die zunächst noch mit unerschütterlicher Über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeugung festgehaltenen Wahnideen verblassen, der Kranke beginnt allmählich an ihrer Realität zu zweifeln, es stellt sich zunächst das Gefühl, dann die Erkenntnis einer überstandenen geistigen Störung ein, die Ideen werden zunächst partiell, dann völlig korrigiert und mit der vollständigen Krankheitseinsicht und Objektivität ist die Heilung erreicht, der Kranke ist genesen. In vielen Fällen geht die Genesung mit einer erheblichen Gewichtszunahme einher. Ganz besonders ist sie vorhanden in denjenigen Fällen, wo eine Unterernährung, eine starke körperliche oder seelische Erschöpfung als wesentlicher ursächlicher Faktor der Krankheit angesehen werden darf. Diese Gewichtszunahme ist öfters eine rapide, sehr erhebliche (bis 20 Pfund). Sie fehlt in anderen Fällen.

Die Dauer der Erkrankung ist eine verschiedene. Im Durchschnitt geht sie nicht über 3 Monate hinaus, sie kann aber wohl auch viel kürzer dauern und ausnahmsweise sich über einen viel längeren Zeitraum ausdehnen. Im ganzen ist die akute Paranoia eine kurz dauernde Erkrankung von sehr typischem Verlauf. In einzelnen Fällen klärten sich die Wahnideen erst nach der Rückkehr in die Häuslichkeit ab, es blieb noch eine gewisse Unbeständigkeit der geistigen Leistungen einige Zeit bestehen, dann verschwanden auch diese Symptome.

In einzelnen Fällen, die man „periodische Paranoia" nennt, kommt es zu einer periodischen Wiederholung der Anfälle. Der systematisierte Wahn bleibt mehrere Wochen bestehen, dann tritt in wenigen Tagen Klarheit ein. Einmal sind in einem Zeitraum von 12 Jahren 11 mal Anfälle von Verfolgungswahn beobachtet (Mönkemöller).

Als „milde Paranoiaformen" sind Fälle beschrieben (Friedmann), wo die Wahnbildung sich aus den Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit ableitete. Es sind krankhaft disponierte Persönlichkeiten, bei welchen es unter einer gemütserregenden Einwirkung zur Bildung von Wahnideen oder eines Wahnsystems kommt.

Nach längerem Bestehen (2—3 Jahre) tritt eine völlige Rückbildung der Wahnideen ein.

Hierher rechnen auch wohl die von anderer Seite (Gaupp) als abortive Paranoia beschriebenen Fälle. Auch hier soll die Wahnbildung auf eigenartiger depressiv-paranoischer Veranlagung, auf dem Boden eines ängstlich mißtrauischen Affektes zustande kommen. Rückbildung der Wahnideen soll hier selten sein.

Prognose.

Bei der Prognose ist zu beachten, daß die akute Verrücktheit oft eine bloße **Teilerscheinung, ein Zustandsbild anderer Psychosenformen** (Epilepsie, Hysterie, Paralyse, Dementia senilis) oder im Rahmen der Hebephrenie und der chronischen Paranoia darstellen kann. Im Verlauf der chronischen Paranoia kommen Exazerbationen, „Schübe" mit lebhaften Halluzinationen, Verwirrtheit und Erregung vor, welche dem Bilde der akuten Paranoia ganz ähnlich sehen.

Die Prognose wird diese Erkrankungen zu berücksichtigen haben. Die Prognose der **seltenen** idiopathischen akuten Paranoia ist eine **günstige**. Günstig sind sehr schneller Beginn, rasche Entwicklung bis zur Höhe, keine weitgehende anhaltende Trübung des Bewußtseins, langsame stetige Rückbildung. Die Vorhersage wird nur getrübt durch interkurrente Erkrankungen, welche sich die Kranken infolge von Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letzungen, Selbstverstümmelungen während der Erregung zuziehen können, z. B. Phlegmone, Erysipelas.

Über die Prognose der akuten Paranoia auf alkoholischer Basis vgl. Kap. Alkoholismus.

Der akute, in der Laktation entstehende Eifersuchtswahn hat eine günstige Prognose.

Ob sich die Erkrankung periodisch wiederholen wird, ist von vornherein schwer zu sagen. Die periodische Wiederkehr ist an und für sich ein äußerst seltenes Vorkommnis.

Differentialdiagnose.

Für die Diagnose der akuten Paranoia wird man gut tun, besonders wirkende ätiologische Faktoren auszuschließen. Liegen Intoxikationen, Puerperium, schweres Trauma, Erschöpfungszustände vor, dann ist zunächst an Amentia, beim Alkoholismus an akute Halluzinose zu denken.

Die Trennung von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit wird Schwierigkeiten machen. Es gibt sicher Fälle, welche den Übergang zwischen beiden Erkrankungen darstellen.

Für die Zurechnung zur akuten Paranoia wird entscheidend sein die Gruppierung der Wahnvorstellungen zu einem System und das Fehlen der anhaltenden traumhaften Verworrenheit wie bei Amentia, die Orientierung ist meist erhalten.

Schwere anhaltende stuporöse und katatonische Symptome, namentlich im Beginn, werden stets den Verdacht auf Katatonie erwecken müssen.

Die Abgrenzung gegen das manisch-depressive Irresein wird sich schwierig gestalten können. Das Fehlen der der Manie und Melancholie eigenen affektiven Störungen, welche im Vordergrund dieser Krankheitsbilder stehen, wird wohl noch am ersten vor Verwechslungen schützen. Auch hier ist der Nachdruck zu legen auf die Bildung des systematisierten Wahns.

Therapie.

Am zweckmäßigsten ist die Entfernung der Kranken vom Hause aus ihrer gewohnten Umgebung. Ist die erste Erregung vorüber, ist für Ablenkung durch Arbeit und Beschäftigung Sorge zu tragen. Da die Kranken meist suggestibel und Einwirkungen des Zuspruchs zugänglich sind, tritt die psychische Behandlung in ihre Rechte.

Zur Beruhigung leisten Bromkalien, Codein oft gute Dienste. Für die Rekonvaleszenz ist Nachkur in einem Bade an der See, im Gebirge zu empfehlen.

Forensische Bedeutung.

Die akute Paranoia wird nicht häufig Veranlassung geben zur Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit, weil die Erkrankung meist schnell in einer deutlich erkennbaren Weise ausbricht und die davon Befallenen frühzeitig untergebracht werden. Die ängstlich gespannte Stimmung, in welcher sich die Kranken oft im Beginn befinden, die Verwirrtheit und die oft massenhaften Sinnestäuschungen mit Erregung können es natürlich bedingen, daß sie durch plötzliche Gewalttaten für ihre Umgebung gefährlich werden. Für den Gefängnis- oder Strafanstaltsarzt ist wichtig zu wissen, daß die in der Strafhaft ausbrechenden Psychosen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht selten unter dem Bilde einer akuten Verrücktheit in Erscheinung treten. Bei Unterbrechung der Haft und Verbringung in andere Verhältnisse können sich die Symptome verhältnismäßig schnell zurückbilden.

Literatur.

Die Hauptarbeit aus der letzten Zeit ist Thomson, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 3.

v. Bechterew, Über die periodische akute Paranoia simplex. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. V, 1899.

Boege, Die periodische Paranoia. Eine kritische Studie zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych., Bd. 43, H. 1, S. 299.

Bonhoeffer, K., Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh., VII, 6. Halle, Marhold 1907.

Bresowsky, Über die Beziehungen der Paranoia acuta hallucinatoria (Westphal) zur Amentia (Meynert). Monatsschr. f. Psych., Bd. XXXII, S. 323, 462, 530 u. Bd. XXVIII, S. 46 u. 134.

Cramer, A., Krankhafte Einbeziehung und Beachtungswahn. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1902.

Derselbe, Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LL.

Cattani, Zur Differentialdiagnose der Paranoia acuta, von der akuten Verwirrtheit und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn. I.-D., Bern 1896.

Diskussion von Jastrowitz, Jolly, Mendel, Moeli, Neisser zu dem Vortrage von Cramer und Bödecker: Über Begrenzung der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI, S. 178 ff., 488.

Fürstner, Diskussion zu dem Vortrag Köppen, über Paranoia acuta. Neurol. Zentralblatt, Nr. 10, S. 469, 1899.

Friedmann, Zur Kenntnis und zum Verständnis milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Zentralbl., 14. Jahrg., S. 448, 1895 u. Monatsschr. f. Psych., Bd. XVII, S. 467.

Gallus, Die akute halluzinatorische Paranoia im Greisenalter. I.-D., Jena 1892.

Gannouchkine, Pierre, La Paranoia aiguë. Thèse de Moscou 1904 und The Journ. of mental Pathol., Bd. III, S. 78 und Korsakoffsches Journ. f. Neuropathol. u. Psych., H. 5, S. 11.

Gaupp, Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Neurol. Zentralbl, S. 1310, 1909.

Gierlich, Über periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen. Arch. f. Psych., Bd. 40, H. 1, S. 19.

Hitzig, Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

Hoche, Akutes halluzinatorisches Irresein. Deutsche Klinik.

Kausch, Ein Beitrag zur Kenntnis der period. Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, S. 924.

Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Beitrag zur Kritik des man. depr. Irreseins. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. V, H. 3, S. 366.

Köppen, Paranoia acuta. Neurol. Zentralbl., 18. Jahrg., S. 434, 1899.

Krause, Über Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginne u. Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. I, H. 5.

Kreuser, Über Paranoia. Jur. psych. Grenzfr. Zwangl. Abh., II. Bd., H. 1/2, S. 12, Halle a. S.

Löwy, Max, Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beobachtungswahn aus dem Gefühl subjektiver unbestimmter Unruhe oder unbestimmter Angst (drohenden Unheils), unbestimmter Erwartung und aus dem Gefühl allgemein erhöhter Importanz der Eindrücke. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. VI, S. 605.

Lüdemann, Über Entstehung, Ausbildung und Verlauf der Paranoia im allgemeinen, erläutert an einem bestimmten Falle. I.-D., Greifswald 1897.

Meyer, E., Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 31, 1902.

Derselbe, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und katatonischen Zustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXII.

Mönkemöller, Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Zeitschr. f. Psych. 62, S. 538.

Orbison, Thomas, J., Acute Paranoia exhibiting cyclical relapses. Amer. Journ. of the med. sc. Vol. CXXXII, Nr. 1, July, S. 91.

Pilcz, Alexander, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Jena 1901.

Rosenfeld, M., Über Beziehungswahn. Zentralbl. f. Nervenheilk., XXX. Jahrg., N. F. Bd. XVIII, S. 121.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

RÜDIN, Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbild. des Wahns u. ohne Korrektur. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, S. 852.
SERBSKI, Über die akuten Formen von Amentia und Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVIII, S. 328, 1892.
SMITH, PERCY, The Presidental Address on Paranoia, delivered at the 63. annual Meeting of the Medico-Psych. Assoc., held in London on July 21 and 22. The Journ. of Mental Science. Sept. Vol. I, S. 607.
THOMSEN, Wahnbildung und Paranoia. Med. Klinik, Nr. 35, S. 1329, 1908.
THOEMMES, EUGEN, Zwei Fälle von akuter Verrücktheit. I.-D., Bonn 1907.
TRÉNEL, Note sur la question de la paranoia aiguë. Ann. méd. psych. 9. S. T. XII, S. 446.
WAELSCH, Paranoische Zustände bei Syphilis. Prager med. Wochenschr., Nr. 14, S. 172.
WARNEK, W., Beitrag zur prognostischen Beurteilung der Paranoia. I.-D., Kiel 1907.
WESTPHAL, C., Über die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., Bd. XXXIV, S. 252.
WILLE, Die Lehre von der Verwirrtheit, Arch. f. Psych., Bd. XIX, S. 328.
WEBER, Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1903.
WERNER, Die Paranoia. Stuttgart 1891.
WILLIGE, Über akut paranoische Erkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 1.
ZIEHEN, Über Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, S. 112.
Derselbe, Über die Affektstörung der „Ergriffenheit" bei akuten Psychosen. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol.
Derselbe, Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Char.-Ann., Bd. XXXI, S. 146.

III. Induziertes Irrsein
(folie communiquée).

Fälle, in denen eine gleichartige Geisteskrankheit durch Übertragung von einer Person auf die andere entsteht, resp. weiter verbreitet wird, werden als induziertes Irresein benannt.

Die psychische Erkrankung der Umgebung muß in der Psychose der ersterkrankten Personen ihre spezifische Ursache gehabt haben.

In der engeren Fassung (SCHÖNFELD) wird sogar verlangt, daß der sekundär Erkrankte auch nach der Trennung ganz unabhängig seine Erkrankung weiter ausbaut.

Von französischer Seite (LASÈGUE et FALRET, MARANDON ET MONTYEL) wird der Begriff viel weiter gefaßt.

Dort wird die folie à deux, à trois usw. eingeteilt in

1. la folie simultanée: zwei Disponierte ziehen sich gleichzeitig dasselbe Wahnsystem durch die gleiche Ursache zu;
2. la folie imposée: die Wahnideen werden einem geistig und moralisch schwachen Individuum aufgedrängt;
3. la folie communiquée: ein Geisteskranker überträgt seine Wahnideen und Halluzinationen auf einen Disponierten.

Der folie communiquée entspricht am meisten das induzierte Irrsein.

Die folie simultanée hat eigentlich mit psychischer Infektion nichts zu tun.

Geisteskrankheiten mit lebhafter äußerer Erregung (folies impressionantes, PRONIER) spielen als Gelegenheitsursache bei der Entstehung von Psychosen eine wesentliche Rolle. Die erzeugte Psychose ist aber oft ganz verschieden von der ursprünglichen. So sah ich in einem Falle von Kollapsdelirium bei Pneumonie der älteren Schwester

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die jüngere Schwester, welche diese pflegte, an einer maniakalischen Exaltation erkranken.

Derartige Fälle rechnen nicht zum induzierten Irrsein.

Die hauptsächlichste Psychose, welche auf dem Wege der psychischen Infektion übertragen wird, ist die Paranoia. Häufig ist auch die Infektion mit Hysterie resp. hysterischen Psychosen.

Unter den veranlassenden Momenten spielen **psychopathische Disposition, Blutverwandtschaft** und **geistige Inferiorität** die wesentliche Rolle.

Für das Zustandekommen sind weiter wichtig die **Gleichartigkeit der Charaktere, das enge innige Zusammenleben mit dem primär Erkrankten in großer Abgeschlossenheit gegen die Außenwelt, der innige geistige Konnex, die Seelenharmonie.**

Es ist leicht erklärlich, daß gerade die Paranoia, am meisten Verfolgungswahn, religiöser Wahn, Querulantenwahnsinn, so leicht übertragen wird. Die Wahnideen sind oft bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, finden Nachahmungen und Anklang. Die Kranken selbst bemühen sich, Anhänger für ihre wahnhafte Überzeugung zu gewinnen.

Mehrfach sah ich ganze Familien aus drei bis sechs Mitgliedern an derselben Form der Paranoia erkranken. Die Literatur kennt Wahnsinnsepidemien, wo die Erkrankung durch Übertragung auf ganze Dörfer und Distrikte sich weiter ausbreitete.

Prognostisch ist in den meisten Fällen der passive Teil, der Zweiterkrankte, günstiger gestellt als der erste.

Die Therapie wird eine möglichst schnelle Trennung der erkrankten Individuen anstreben.

Literatur.

Siehe auch Paranoia chronica.

Literatur bei Wollenberg, Über psychische Infektion. Arch. f. Psych., Bd. XX, S. 62 und

bei Schönfeld, Über das induzierte Irresein. Arch. f. Psych., Bd. XXVI, S. 202.

Allaman, Folie à deux. Deux soeurs persécutées possédées. Hallucinations de la vue et de l'ouie. Hallucinations psycho-motrices de la sensibilité générale. Le Progrès méd., Nr. 22, S. 28, 1913.

Ast, F., Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, S. 41.

v. Bälz, Über Besessenheit und verwandte Zustände. Wiener med. Wochenschr., Nr. 18—22, 1907, S. 873, 926, 980, 1041, 1090.

Bochhorn, Hermann, Beitrag zu dem induzierten Irresein. I.-D., Göttingen 1892.

Borchers, H., Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D. Kiel. 1910.

Cabitto, C., Sulla origine autonoma della pazzia nei casi di cosi della pazzia communicante e sugli stati abnormi di credulità. Giorn. di psich. clin. et tecn. manic. XXXIII, 1—17.

Campbell, Duncan, Zwillingsirresein und induziertes Irresein. I.-D., Leipzig 1902.

Carrier, G., Contribution à l'étude des folies par contagion. Arch. de Neurol., Bd. XV.

Damaye, Henry, Obsessions zoophobiques et idées de persécuton chez deux soeurs. Rev. de Psych., Vol. IX, Nr. 10, S. 411.

Elmiger, Beiträge zum Irresein bei Zwillingen. Psych. neur. Wochenschr., XIII, Jahrg. Nr. 8—9, S. 78 u. 85.

Etchepare, B., Folie familiale, délire d'interprétation antilogique. Ann. méd. psych., 9. Ser., T. XI, Nr. 1, S. 5.

Feige, Induziertes Irresein. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1903, 24, S. 852.

Guiard u. Chérambault, de, Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. Arch. de Neurol., S. 289 u. 407.

Hermkes, C., Über psychische Infektion. Münch. med. Wochenschr., Nr. 36, S. 1841, 1909.

Hibben, Dietrich, Über psychische Störungen bei Geschwistern. I.-D., Kiel 1911.

Hoffmann, Ein Fall von induziertem Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59, S. 569.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

JACOBSOHN, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, Nr. 24, S. 492.
JESS, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D., Kiel 1903.
KÖRNER, Die Folie à deux. I.-D., Berlin 1890.
KÖLPIN, Beitrag zur Kenntnis der induzierten Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. XXXV, H. 2.
LEIBOWITZ, S., Zur Frage des induzierten Irreseins. Arch. f. Psych., Bd. 47, S. 1163 u. I.-D., Berlin 1910.
MAJER, H., Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D., Tübingen 1909.
MEYER, ERNST, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns. Arch. f. Psych., Bd. 34. H. 1.
Derselbe, Über psychische Infektion (induziertes Irresein). Berl. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1905, S. 669.
MÜLLER, HANS, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D., Kiel 1904.
MÜLLER, E. HERM., Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschließenden Erörterungen. Psych. neurol. Wochenschr., XI. Jahrgang., Nr. 12, S. 105.
PARTENHEIMER, Zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. XI, S. 326.
PETRÓ, Della pazzia analogo o gemellare. Ann. di Freniatr. XX, fasc. 2.
PIANETTA, C., Frenosi maniaco depressivo in gemelle. Riv. ital. de neuropat. 5, S. 335.
RAIMANN, E., Über induziertes Irresein. Wien. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 8, S. 186.
RIVARI, Una forma singolare di Pazia a due. Arch. di Psich., Vol. XXIX, fasc. III.
SARTORIUS, Zur Kasuistik des induzierten Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 30, S. 1398.
SCHOENHALS, Über einige Fälle von induziertem Irresein. Monatsschr. f. Psych., Bd. XXXIII, S. 40.
SIEREN, Zur Frage der Induktionspsychose. Eine Epikrise zu den von Dr. Raebiger in Nr. 25 der Wochenschr. mitgeteilten Fällen. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 51, S. 2258.
SKLAREK u. VLEUTEN, Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, S. 690.
SOUKHANOFF, J., De la soi-dirant folie gémellaire. Rev. de Psych., 8. Ser., T. 16, Dez. S. 486.
VARNBECK, G., Induziertes Irresein. Gyógyászat Nr. 35, 1908.
WESTPHAL, A., Über psychische Infektion. Charité-Annal., 20. Jahrg., S. 664.
WITTE, Ein Fall von induziertem Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, S. 36.
WILCOX, A. W., Communicated Insanity. Journ. of mental Sc. Vol. LVI, S. 480, 1910.

Delirien.

Delirien bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten.

Inkubations-, Initial-, Fieber-, Infektionsdelirien. Defervescenz-, Kollaps-, Inanitionsdelirien.

Mit diesen verschiedenen Bezeichnungen (Name Delirium abgeleitet von λῆρος, leeres Geschwätz oder de lira decedere oder delirare, vom rechten Wege abweichen) werden die im engen zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten auftretenden akut ausbrechenden psychischen Störungen benannt, welche die Erkrankung in den verschiedenen Stadien begleiten können.

Es gibt keine einheitliche von den übrigen Psychosen durch besonders charakteristische Merkmale abzugrenzende Infektionspsychose.

Je nachdem man dem einen oder anderen Symptom beim Zustandekommen der Psychose einen besonderen Einfluß vindizierte, z. B. der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Infektion, dem Fieber, der Erschöpfung, Inanition, dem Kollaps, ließ man sich dazu verleiten, in diesem Moment das Wesentliche zu sehen, welches der Psychose einen einheitlichen Charakter verleihen sollte. So sind eine Reihe der verschiedenartigsten Bezeichnungen entstanden: Fieber-, Infektions-, Initial-, Kollapsdelirien, infektiöse Schwächezustände, Erschöpfungsstupor, Erschöpfungsamentia usw.

Alle diese Bezeichnungen bringen einen rein äußerlichen oder zeitlichen Zusammenhang zum Ausdruck, geben in keiner Weise der Psychose den Charakter einer Entität.

Eine Übersicht über alle hier in Betracht kommenden Psychosen führt uns zu einer überraschenden Gleichförmigkeit der psychischen Bilder, vielmehr als man früher gewohnt war, anzunehmen. Als Haupttypus tritt uns entgegen die akute halluzinatorische Verwirrtheit, die Amentia.

Für unsere Besprechung ist es zweckmäßig, zwei Krankheitsphasen zu unterscheiden, an die sich der Ausbruch der psychischen Störungen anknüpft: die Zeit des Infektionsfiebers und der beginnenden Infektion und der Zeitpunkt des Fieberabfalls.

Die im Beginn vorhandenen Störungen bilden Fieber-, Inkubations-, Initial- oder Infektionsdelirien. Im Stadium decrementi und in der Rekonvaleszenz treten die Deferveszenz-, Kollaps- oder Inanitionsdelirien in Erscheinung. Außer den eigentlichen Delirien kommen im Gefolge von Infektionskrankheiten die verschiedenartigsten anderweitigen Psychosen zur Beobachtung.

Schon im Altertum (Hippokrates) sind Delirien im Gefolge von erhöhter Temperatur bekannt. Bei gelegentlichen Influenzaepidemien im 16. und 18. Jahrhundert wurden ausgesprochene psychische Störungen beschrieben, später auch beim Wechselfieber (Sydenham, Sebastian). Esquirol wies zuerst auf den ursprünglichen Zusammenhang zwischen akuten fieberhaften Krankheiten und Psychosen im allgemeinen hin. Baillargers Meinung, daß die Psychosen bei diesen Erkrankungen nur Komplikationen wären, wurde widerlegt durch spätere Untersuchungen von Schlager (bei Ileotyphus), H. Weber (1865) über das Delirium oder die akute Geistesstörung während des Abfalles akuter Erkrankungen, Mugnier (1865), Simon (1874) (Psychosen bei akutem Gelenkrheumatismus) u. a.

Ätiologie. Häufigkeit. Entstehung.

Besonders häufig werden geistige Störungen beobachtet bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus, hier oft in Kombination mit **Chorea** und **Endokarditis, Influenza,** aber auch bei jeder anderen Infektionskrankheit treten sie in Erscheinung: so bei Pneumonie, Pleuritis, Phthisis pulmonum, Malaria, Pocken, Rubeolen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipeles, Pertussis, Parotitis epidemica, Meningitis epidemica, Cholera, Dysenterie, Lepra, Lyssa, Gonorrhöe, Ergotinismus, Skorbut, Pellagra, Beriberi.

1,6%—2% aller Geistesstörungen verdanken ihre Entstehung den akuten Infektionskrankheiten, **das größte Kontingent liefert der Abdominaltyphus,** bei Typhusepidemien ist in 4,5% Geistesstörung beobachtet. Beim Zustandekommen der Delirien wirken die mannigfachsten Umstände mit, die in der Eigenartigkeit des Verlaufes und der Erkrankung selbst, sowie in der Individualität des Befallenen begründet wird.

Am wenigsten hat wohl die Schwere der Affektion mit dem Ausbruch der Psychose zu tun: wir sehen bei geringem Fieber schwere

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Delirien, auf der anderen Seite sehr ernste Erkrankungen mit hohem Fieber ohne eine Spur psychischer Störung verlaufen. Höhe des Fiebers und Intensität der psychischen Störungen gehen keineswegs Hand in Hand.

Beim Typhus fallen schwere zerebrale Störungen nicht selten mit niedrigen Temperaturen zusammen. Bei vollkommener Fieberlosigkeit während des Typhus brechen oft die schwersten Delirien aus, um mit Einsetzen des Fiebers wieder zu enden.

Jäher Wechsel in der Temperatur, in der Pulsfrequenz, Zirkulationsstörungen sind oft wesentlich beim Zustandekommen des Kollapsdeliriums.

Die toxische Wirkung der Infektionsstoffe, resp. der Bakteriengifte, die natürlich nicht ohne Einfluß auf das Blut, Gehirn, den gesamten Stoffwechsel bleiben, erscheint bedeutungsvoll. Dabei sind Temperaturerhöhung und Delirium als koordinierte Folgen der Infektion anzusehen.

Eine angenommene Idiosynkrasie der Hirnrinde gegen Toxine mancher Erkrankungen dürfte schwerlich geeignet sein, Aufklärung zu geben.

Alle diese angeführten Momente, soweit sie Geltung haben, werden keine endgültige Erklärung dafür geben können, warum das Nervensystem in einem Falle mit einer Psychose antwortet, im anderen Falle unter den gleichen äußeren Bedingungen, soweit diese zu kontrollieren sind, nicht.

Um das verständlich zu machen, rekurrieren wir auf die durch Prädisposition und Heredität gesetzte Individualität.

Jüngere Menschen, Frauen, nervös Veranlagte neigen mehr zum Ausbruch von Psychosen bei Infektionskrankheiten.

Frauen werden im ganzen häufiger ergriffen als Männer, bei einzelnen Erkrankungen, z. B. Influenza, ist ein Überwiegen des männlichen Geschlechts hervorzuheben. Jeweilige Schwere der Epidemie, örtliche Verhältnisse spielen dabei eine große Rolle.

Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 50. Lebensjahr, jedoch gelangen auch im Greisenalter und im ganz jugendlichen Alter (2 bis 3 Jahre) Delirien und anderweitige psychische Störungen nach Infektionskrankheiten zur Beobachtung.

Einzelne Autoren wollen in ½ bis ¾ der Fälle eine ererbte oder erworbene psychische Disposition gefunden haben, sei es nun eine neuropathische Konstitution auf erblicher Belastung oder erworbener Veranlagung, wie Trauma, Exzesse. Vergiftungen Überanstrengungen, psychischer Shock, erschöpfende Krankheiten.

Ich konnte in 20% Erblichkeit konstatieren. Es sind das aber alles Momente, deren Auftreten kein konstantes ist. In vielen Fällen können wir eine Reihe von Ursachen anschuldigen, in anderen gibt uns selbst die genaueste Anamnese keine Anhaltspunkte, um das Zustandekommen der Psychose zu erklären. Wir werden nach unseren bisherigen Erfahrungen **in den Infektionskrankheiten veranlassende Momente sehen, die schon als solche oder unter Umständen auf dem Boden einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung ihre Wirkung in Form von Psychosen oder Delirien äußern können.**

In dem gleichen Stadium treten annähernd die gleichen Formen in Erscheinung. Die im Beginn auftretenden Störungen, die Inkubations-, Fieber- und Initialdelirien zeichnen sich durch eine gewisse Flüchtigkeit der Symptome aus bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Es kommt nicht leicht zur Bildung festsitzender syste-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

matisierter Wahnvorstellungen, nicht zu andauernden Stimmungsanomalien. Im späteren Verlauf der Erkrankung, bei den Kollapsdelirien haben die Symptome schon etwas Beständigeres, erst recht bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Psychosen, wo wir am häufigsten den ausgebildeten Psychosen, wie Melancholie, Manie, der akuten Verwirrtheit, der Katatonie begegnen. Überall kommen fließende Übergänge vor.

Inkubations-, Initial-, Fieber-, Infektionsdelirien.

Symptome. Verlauf.

Die Fieberdelirien gehen mit den Initial-, Inkubations- und Infektionsdelirien so Hand in Hand, daß eine Trennung ausgeschlossen ist, es sei denn, daß man die Bezeichnung Fieberdelirien für die Störungen wählen will, welche mit dem Fieber einsetzen und nach Ablauf des Fiebers schwinden.

In anderen Fällen leiten die Delirien die Erkrankung ein, verschwinden sie bei Ausbruch resp. Manifestwerden der für die Infektionskrankheit charakteristischen Symptome. So sah ich einige Male schwere Verwirrtheitszustände mit suicidalem Trieb (Sprung ins Wasser) als einleitende Phase eines Typhus abdominalis (Inkubations- oder Initialdelirien).

Typhus abdominalis und akuter Gelenkrheumatismus sind als die Infektionskrankheiten anzusehen, welche mit den heftigsten und stürmischsten Delirien im Beginn oder während des Fiebers einhergehen, daß sogar von einem Zerebrorheumatismus, Zerebrotyphus, einer Typhomanie gesprochen wird.

Die Initialdelirien können ohne Fieber verlaufen, oder die Fieberpsychosen können schon im Initialstadium beginnen. Es wird nicht ganz leicht sein, immer zu entscheiden ob dem Ausbruch des initialen Deliriums nicht schon eine Temperatursteigerung vorausgegangen ist, da der Schluß auf Fehlen des Fiebers immer erst gemacht wird, wenn der Fall zunächst wegen seiner psychischen Störungen in Beobachtung gelangt zu einer Zeit, wo der erste Fieberanfall schon abgeklungen sein kann. Ist es doch nicht selten bei Beginn der Infektionskrankheiten, namentlich des Typhus, der akuten Exantheme, des Gelenkrheumatismus, daß das Fieber nach einer ersten plötzlichen Steigerung für Stunden oder Tage wieder schwindet.

Die **Hauptsymptome des ausgebildeten Fieberdeliriums sind Bewußtseinstrübung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen;** dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelten Wahnideen kommen, oder es tritt eine lebhafte motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich mit Ideenflucht, Inkohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affektzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn und Angstaffektion ein. Die leichte motorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jaktationen. Nicht selten wird die Erregung durch stuporöse Zustände unterbrochen.

Die Sinnestäuschungen haben meist einen beängstigenden Charakter. Im Anfang sind es mehr unbestimmte Geräusche: Donnern, Poltern, Klopfen, Stampfen wie von einer Maschine. Darreichung von Chinin, Natrium salycilicum steigert zuweilen diese belästigenden Geräusche. Es treten ausgesprochene Gehörstäuschungen auf: die Kranken vernehmen Worte, Sätze, hören beschimpfende Äußerungen, ihren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Namen rufen, glauben die Stimme zu erkennen. In der Regel sind Gesichtstäuschungen damit verbunden, anfangs Flimmern, Sternesehen, bunte Kreise, dann richtige Gestalten von Tieren, Menschen, Köpfen, Teufelsgestalten. Viel seltener sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen: üble Gerüche nach Schwefel, Verwesung.

Die Sinnestäuschungen zeichnen sich durch große Plastizität aus. Die Kranken sehen die Gestalten sich verneigen, Gesichterschneiden, hören sie lachen. Die bei Alkoholdelirien häufig zu beachtende, so charakteristische Suggestibilität, besonders auf optisch-taktilem Gebiet fehlt. Ideenflüchtige Reminiszenzen spielen eine Hauptrolle, weniger ist der Inhalt der Sinnestäuschungen wie beim Delirium tremens der gewohnten Alltagsbeschäftigung entnommen. Die Kranken sehen sich teilnehmen an Sitzungen, Versammlungen, Aufläufen, werden einem Verhör unterworfen. Die Situation des Reisens, des Fliegens, des Fallens in einen Abgrund und Ähnliches mit dem Gleichgewichtssinn in Zusammenhang Stehendes wird häufig halluziniert.

Mit den lebhaften Täuschungen verbinden sich nicht selten flüchtige Wahnbildungen ängstlichen Charakters. Befürchtung vom Lebendigbegrabenwerden, vor Gericht zu kommen, der Gedanke vom Tod naher Angehöriger schließen sich an Halluzinationen von Grabgesang, Glockenläuten, Schatten. Ganz passager werden diese ängstlichen Vorstellungen abgelöst durch Vorstellungen der Größe, von Erbschaft, Erfindung, Zusammentreffen mit hochgestellten Persönlichkeiten.

Bei Kindern, selten bei Erwachsenen, ist der Inhalt der Sinnestäuschungen ein angenehmer: liebliche Musik, Engelsgestalten mit Flügeln, spielende Kinder, mit denen sie sich necken und rufen, schöne Landschaften, Gärten mit Blumen.

Infolge des meist beunruhigenden Inhaltes der Täuschungen sind die Kranken ängstlich, unruhig: mit glänzenden, weitgeöffneten Augen starren sie fest in eine Ecke, horchen, lauschen auf die Stimmen, das Gesicht ist gerötet, die Lippen bewegen sich leise, plötzlich schreien sie auf, schreckhaft fahren sie empor, springen aus dem Bett, suchen zu entweichen, greifen ihre Umgebung an, verletzen diese, fliehen vor dem Rufen und Schreien, suchen aus dem Fenster zu entkommen, bringen sich Verletzungen bei. Mit Mühe ist der heftig zitternde, stark schwitzende Kranke zu beruhigen. Dieser plötzlichen Erregung folgt ein ruhigeres Stadium: ängstlich gespannt liegt der Kranke da, macht nur geringe Bewegungen mit den Händen, sucht auf der Decke, antwortet nicht, stöhnt oft auf. Jetzt geht ein Schütteln durch den ganzen Körper, heftig wirft er sich umher, liegt dann wieder ruhig, um gleich darauf erschreckt aufzufahren.

Die Sprechweise ist abgerissen, hastig, sie schreien oft anhaltend, singen dazwischen in pathetisch-pastoralem Tone. Bei freundlicherem Inhalt der Sinnestäuschungen kommt es auch zu heiterem vergnügten Affekt mit lustigem Lachen, Singen von heiteren Liedern.

In dem Charakter der Delirien liegt es, daß sie flüchtig sind, schnell erscheinen und verschwinden. Ihr Kommen und Gehen geht oft besonders bei Kindern dem Steigen und Fallen der Temperatur parallel. Wie meist die deliranten Symptome, so erfahren auch die Fieberdelirien eine Steigerung gegen Abend und zur Nachtzeit. Die Störungen können sich schnell zurückbilden, kritisch abfallen oder sie klingen langsam ab. In ungünstigen Fällen gehen sie in das agonale Koma über. Hellt sich das Bewußtsein, so ist meist schnelle Krankheitseinsicht vorhanden. Eine unklare Erinnerung an die deliranten Erlebnisse bleibt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinzelt können Wahnvorstellungen eine Zeitlang anhalten, bilden sich dann völlig zurück.

Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren, wie solche von Liebermeister bei den Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung beschrieben ist.

Im ersten Stadium keine Störung des Bewußtseins. Ein gewisses unbestimmtes Gefühl von Unruhe, Unbehagen, Bedrücktsein, leichte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, Unlust. Der Schlaf ist unruhig, durch beängstigende Träume gestört. Bei Remissionen oder Verschwinden des Fiebers weichen diese Störungen sofort.

Im zweiten Stadium treten stärkere elementare Störungen des Bewußtseins, der Apperzeption, des Vorstellens ein: Unruhe wechselt mit Apathie ab, die Wahrnehmung verfälscht sich durch Illusionen und Halluzinationen. Diese sind meist flüchtig, zeichnen sich selten wie im Delirium tremens durch Plastizität und Lebendigkeit aus.

Auch diese Störungen können sich mit Schwinden des Fiebers schnell zurückbilden.

Stärkere andauernde Benommenheit, resp. Bewußtseinstrübung tritt im dritten Stadium auf. Die Kranken sind schwer besinnlich, schlafsüchtig, liegen mit geöffneten Augen da, sprechen halblaut vor sich hin. Neben den ruhigen mussitierenden Delirien auch furibunde Erregungszustände mit aggressivem Vorgehen gegen ihre Umgebung, Selbstverletzungen, Selbstverstümmelungen, Flucht vor vermeintlichen Verfolgern durch Sprung aus dem Fenster.

Dieses Stadium hält in der Regel mit Nachlassen des Fiebers länger an.

Im vierten Stadium tiefer Sopor, blande mussitierende Delirien, Flockenlesen, zielloses Greifen, oft Coma, Tod.

Nur selten sind diese Stadien derartig abzugrenzen, meist verwischen sie sich ohne deutlich abzugrenzende Übergänge.

Dieselben Delirien wie im Beginn können auch im weiteren Verlauf während der Akme auftreten.

Deferveszenz-, Kollaps-, Inanititionsdelirien.

Symptome. Verlauf.

Im Stadium decrementi und während der Rekonvaleszenz sind, abgesehen von anderen psychischen Störungen, wie Manie, Melancholie, akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia), die Kollaps-, Deferveszenz- oder Inanitionsdelirien häufig. Wo die Erscheinungen der chronischen Erschöpfung überwiegen, spricht man von letzteren.

Im Anschluß an den kritischen Temperaturabfall bricht das Kollapsdelirium ganz akut aus, erhebt sich in wenigen Stunden zu seiner Höhe.

Hauptsymptome sind die **traumhafte Verwirrtheit,** zahlreiche unzusammenhängende **Halluzinationen** und **Illusionen,** einzelne **Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang.**

Die Verwirrtheit — in vielen Fällen geben später die Kranken selbst an, daß sie das Gefühl gehabt hätten, es sei alles „verwirrt", man habe sie „verwirrt" gemacht — wird hervorgerufen durch formelle und inhaltliche Störung im Auffassungsvermögen und im Bereiche der Vorstellungen, die zum Teil durch massenhafte Illusionen und Halluzinationen, teilweise durch primäre Inkohärenz der Vorstellungen bedingt sein kann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meist sind die Auffassungsbehinderung, die Inkohärenz und die Sinnestäuschuugen als gleichwertige Symptome primär entstanden infolge der zugrunde liegenden Hirnschädigung anzusehen.

Die Kranken sind im Beginn sehr ängstlich, äußern Selbstanklagen, Versündigungsideen (es ist als ob er Verbrecher war), die Angstzustände gehen mit großer Erregung, lebhaftem Fortdrängen, Verlust der örtlichen und zeitlichen Orientierung einher. Wenn die erste schwere Erregung in Stunden oder Tagen abgeklungen ist, erscheint der Kranke noch verwirrt, spricht delirierend vor sich hin, kann ein ausgesprochen gespanntes, stupuröses Verhalten zeigen. Stupor und Erregung wechseln oft in schneller Folge ab.

Zahlreiche Halluzinationen und Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Größe: sie sehen Tote, Engel, glauben Gift zu erhalten, blasen Haare fort, die ihnen zufliegen, glauben sich in der Hölle, im Feuer, im Schloß, sprechen mit dem Kaiser, hören Regimenter schießen, sehen Tiere, Hunde, Pudel, Hasen, hören Wasser rauschen, spüren ein Sausen, Klingeln. In ihren Vorstellungen kehren Gedanken an Gefahren, an Weltuntergang oft wieder. Ungemein stark sind die Störungen des Gemeingefühls: sie haben das Gefühl des Schwindels, des Schwankens, des Drehens (als ob alles „verkehrt" sei, der Boden schwankte, das Laken, das Bett sich drehte).

Die Kranken haben das dunkle Gefühl, es müsse eine Veränderung sein, alles sei verkehrt, zugleich mit dem Bewußtsein ihrer Krankheit (nicht recht im Kopf, „wirr im Kopf gefühlt", es gehe durcheinander, die Gedanken verwirren sich, es hat mich „gedrückt").

Die Sprechweise ist sehr wechselnd: Flüstern, Singen, Schreien folgen sich oft schnell, von Lachen und Weinen abgelöst. Sehr lebhaftes Gebärdenspiel mit Schnüffeln, Fauchen, Blasen begleitet ihr Sprechen. Zuweilen alliterieren sie, sprechen in Reimen, Versen.

Sie haben Neigung zu Klangassoziationen, monotonen oder einzelnen sinnlosen Wortzusammenstellungen. Häufig tritt Ideenflucht passager oder länger anhaltend auf.

Die Stimmung wechselt sehr jäh, in einem Augenblick sind sie heiter, vergnügt, erotisch; im nächsten zornig, gereizt, dann wieder traurig, ängstlich.

Die Orientierung ist gestört, die Handlungen sind inkohärent. Rededrang, Verbigeration, plötzliches Aufschreien, motorische Erregung wechseln mit Regungslosigkeit und Negativismen. In anderen Fällen ist die Erregung sehr motorisch: Zucken, Zusammenfahren des ganzen Körpers, jaktationsartiges Werfen der Körpermuskulatur, Zittern, rhythmisch sich wiederholende Bewegungen mit dem Körper oder mit den Armen, eigentümliche Verdrehungen und Verrenkungen, dämonomanische und ekstatische Stellungen und Haltungen, wie sie im Verlaufe anderweitiger Psychosen beobachtet werden. Heftige, unwillkürliche Bewegungen erinnern zuweilen an Chorea.

Katatonische Erscheinungen kommen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus. Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, Flexibilitas cerea, Echolalie, Echopraxie, Verbigeration, Anfälle von Rededrang. Die Neigung zu Perseverationen in den Reaktionen ist oft so stark, daß eine durch Haftenbleiben bedingte scheinbar aphasische Störung vorliegt.

Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewußtseins, es scheint zuweilen, als ob äußere Eindrücke (Besuch der Angehörigen, Versetzung in andere Umgebung) dabei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Rolle spielen. Anhaltender leiten diese später meist die Rekonvaleszenz ein.

Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen wird noch verstärkt durch das Auftreten von schweren, nervösen Begleiterscheinungen anderer Art. Hysterische, epileptische Krampfanfälle, ausgelöst durch die Infektionskrankheit, komplizieren die Symptome, ganz abgesehen von den somatischen Anzeichen der einzelnen zugrundeliegenden Erkrankungen. Zuweilen brechen sehr alarmierende Zustände aus, welche den Verdacht auf Meningitis, Sinusthrombose nahelegen.

Die Zitterbewegungen, Unsicherheit, Ataxie der Bewegungen im Verein mit einer deutlichen Artikulationsstörung, welche der paralytischen ähnelt, können Veranlassung geben zu Verwechslungen mit deliriösen Phasen im Verlauf der progressiven Paralyse, so daß manche Autoren bei den Infektionspsychosen mit derartigen schweren, nervösen Erscheinungen von Pseudoparalyse, Pseudotabes gesprochen haben. Es erinnern diese Störungen an die von C. Westphal in der Rekonvaleszenz der Pocken beschriebenen Erscheinungen: Störungen der Sprache, der Motilität, Ataxie, Tremor, Verlangsamung der Bewegungen. Anderweitige kortikale Symptome werden beobachtet, vorübergehende Lähmungen einzelner Extremitäten, amnestische Defekte mit Störungen der Vorstellungs- und Begriffsbildung, Agraphie, Aphasie und apraktische Störungen. Es entstehen dann Bilder ähnlich denen, wie sie neuerdings A. Westphal bei traumatischen und Intoxikationspsychosen beschrieben hat.

Die Zahl der Variationen, welche durch die Verschiedenartigkeit und den Wechsel der Symptome bedingt werden, ist eine ungemein große und läßt es verständlich erscheinen, daß immer neue Benennungen für die einzelnen Verlaufsarten gewählt werden. In manchen Fällen ist das Bewußtsein erheblich getrübt, ähnlich wie wir es bei den epileptischen Verwirrtheitszuständen beobachten können. Schwere, sehr affektvolle, meist ängstliche Erregung setzt plötzlich ein mit angstvollem Fortdrängen und Neigung zu Gewalttätigkeiten und motorischer Entladung. Zeitliche und örtliche Orientierung ist verloren gegangen, die Umgebung wird ängstlich bedrohlich, phantastisch, oft in ekstatisch religiösem Sinn verkannt. Sinnestäuschungen, Beeinträchtigungsideen monotoner Art sind zahlreich vorhanden. Der ersten schweren Erregung folgt in der Regel eine mehr stuporöse Phase mit delirierendem Vorsichhinsprechen, Verbigeration und anderen katatonischen Erscheinungen. In anderen Fällen ähnelt der Zustand der Halluzinose oder der akuten Paranoia. Rapid aufgeschossene Wahnideen, die sich oft zu einem System der Beeinträchtigung schließen, Größenideen, bedingt durch Gehörstäuschungen und szenenhafte phantastische Gesichtstäuschungen beherrschen das Krankheitsbild. In noch anderen Fällen stehen im Vordergrund die katatonischen Symptome und die Erscheinungen der Ideenflucht und Inkohärenz. Gelegentlich lassen sich im ganzen Ablauf deutliche Phasen unterscheiden, Prodromalerscheinungen (nervöse Beschwerden), Ausbruch mit schwerer Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen usw. Im dritten Stadium Aufhellung, im vierten mißtrauische Reizbarkeit, allerlei nervöse Beschwerden, im letzten Rekonvaleszenz (Raecke).

Die gesteigerte Ablenkbarkeit, Ideenflucht, der gehobene Affekt verleihen manchmal der Psychose einen manischen Anstrich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlauf.

Die im Fieberabfall entstehenden Psychosen haben im ganzen einen etwas protrahierteren Verlauf als die Initialdelirien. Es gibt zwar Fälle, wo die Störungen in Stunden, Tagen, zum Beispiel bei Kindern nach Masern, Scharlach, abklingt, aber in der Regel nehmen sie einen auf Wochen, Monate (3 bis 4 Monate) sich erstreckenden Verlauf. Vereinzelt kann die Psychose die ursprüngliche fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern (nach Pneumonie). Die Infektionskrankheit als solche hat auf den Typus der entstehenden Psychose keinen bestimmenden Einfluß. Intensität, Dauer der infektiösen Schädigung, allgemeiner Kräftezustand haben auf den Verlauf Einfluß. Oft sind Beginn und Ablauf sehr plötzlich. In anderen Fällen sehen wir ein langsames Abklingen in Phasen. Das Stadium der Rekonvaleszenz mit allerlei nervösen Beschwerden, das Gefühl der Denkerschwerung, der herabgesetzten Denkfähigkeit kann sich oft lange hinziehen. Das sind die Fälle, in denen sich leicht das Korsakowsche Symptomenbild entwickelt nach Verschwinden der Erregung. Im Vordergrund steht die eigenartige Gedächtnisstörung, Verlust der Merkfähigkeit, alle neuen Eindrücke werden schnell vergessen. Die Rückerinnerung für die jüngste Vergangenheit ist gestört, ebenso die Orientierung. Situationsverkennung gewöhnlich im Sinne einer zeitlich zurückliegenden Situation, Konfabulation helfen dem Kranken über seine Gedächtnislücken fort. Allmählich kann auch in diesen Fällen eine Aufhellung erfolgen, wenn nicht anderweitige Momente, wie Alkoholismus, Arteriosklerose beim Zustandekommen mitgewirkt haben.

Die Erinnerung ist oft nur eine ganz summarische, es verschwinden einzelne wichtige Vorgänge, so die Änderung des Aufenthaltsortes, das Fortbringen von Hause, die Einwirkung der neuen Umgebung ganz aus dem Gedächtnis. Zuweilen bleibt das Gefühl, eine schwere Kopfkrankheit überstanden zu haben, oder einen schweren Traum, viele Phantasien, große Angst gehabt zu haben. Einzelne bewahren sich gute Erinnerung an ihre Sinnestäuschungen, die Haltungen, Stellungen, welche sie eingenommen haben, wissen eine Erklärung für ihre Sonderbarkeiten zu geben. Zuweilen erstreckt sich die Amnesie noch auf Vorgänge in der gesunden Zeit (retrograde Amnesie).

Delirium acutum.

Eine bedrohliche Steigerung der Bewußtseinstrübung, der Verwirrtheit, der motorischen Erregung mit Fieber, schweren Ernährungsstörungen wird Delirium acutum benannt. Es ist ein Symptomenkomplex, der unter verschiedensten Bedingungen gelegentlich einmal bei jeder Psychose sich bilden kann. Agitation, Verwirrtheit, Inkohärenz erreichen hier ihre höchsten Grade.

Es ist noch eine offene Frage, ob wir zum Zustandekommen dieser schweren Affektion immer eine Infektion oder Intoxikation annehmen müssen.

Zuweilen ist wohl eine Autointoxikation die Ursache: Stoffwechselveränderungen und durch diese entwickelte Toxine.

Ich sah es entstehen im Gefolge einer psychischen Störung bei Hydronephrose, bei Karzinom, bei Anämie nach Blutverlusten, bei Magen-Darmerkrankungen und verschiedentlich, gewissermaßen als Steigerung der Symptome bei Manie, Melancholie, akutem halluzinatorischen Irrsein, bei Wochenbettpsychosen, progressiver Paralyse, bei Hirnerkrankungen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei Infektions- und Kollapsdelirien. Septische Prozesse können besonders schwere Formen der Erregung und Delirien hervorrufen.

Äußerlich sind die Kranken oft sehr erregt, liegen in heftigen Jaktationen mit Zähneknirschen, dazwischen lautes anhaltendes Schreien, Brüllen, Ausstoßen von unzusammenhängenden Äußerungen. Die Zunge ist trocken, fuliginös belegt, die Lippen rissig, spröde. Im Urin oft Zucker und Eiweiß.

In manchen Fällen sehen wir die Intensität der psychischen Erscheinungen wechseln entsprechend dem Inhalt des Urins an Eiweiß.

In anderen Fällen kommt es zu mussitierenden Delirien. Sie liegen wie im Koma da, fahren bei Anrede, zuweilen spontan, schreckhaft auf, greifen auf der Decke, am Körper umher. Die Bewegungen sind zittrig, unsicher, inkoordiniert, Chorea ähnlich. Die ganze Körpermuskulatur ist oft in einem Zustand der Spannung, der Nacken steif, die Arme gebeugt, die Beine angezogen, so daß die Kranken in diesem Verhalten an Meningitis, an Tetanus, an Tetanie erinnern. Die Hände halten sie vor dem Gesicht, als ob sie sich fürchten, etwas abwehren wollten. Im Gesicht treten eigenartige zuckende Bewegungen der Muskulatur auf. Stuhlgang und Urin lassen sie unter sich.

Im Zustand hochgradiger Prostration erfolgt der Tod. Die Temperatur, die während des Lebens schon hoch angestiegen ist, erreicht oft nach dem Tode sehr hohe Grade (bis 43°).

Besonderheiten bei einzelnen Formen.

Bei Malaria bricht ein Delirium selten im ersten Anfall aus, meist, wenn diese chronisch geworden ist. Deliriöse Zustände kommen bei Intermittens gewissermaßen als Äquivalente der Fieberparoxismen vor. Bei Kindern sind vorwiegend komatös stupuröse Zustände. Bei Erwachsenen überwiegen halluzinatorische Erregungszustände und Melancholia agitata.

Bei Malariakachexie treten einfache Melancholie, stuporöse Zustände in Erscheinung.

Unter den Pneumonien gehen die Spitzenpneumonien am häufigsten mit Delirien und anderweitigen Psychosen einher.

Bei vorgeschrittener Phthise habe ich kurze, episodisch auftretende, in Stunden abklingende Erregungszustände unter dem Bilde einer akuten halluzinatorischen Paranoia mit Stupor gesehen. Sonst überwiegen hier, abgesehen von Inanitionsdelirien, die heiteren Erregungszustände unter dem Bilde der Manie.

Sehr selten sind Delirien bei Pleuritis.

Bei den Pocken ist der Zeitraum zwischen Eruption und Suppurationsstadium der günstigste für den Ausbruch der Delirien.

Im Anschluß an die akuten Exantheme, Masern, Scharlach, nach Erysipel, Diphtherie, Parotitis epidemica, Influenza, Pertussis treten bei Kindern in der Rekonvaleszenz oder beim Abfiebern Kollapsdelirien auf. So sah ich nach Parotitis epidemica und Scharlach mit Nephritis bei einem Knaben von 12 Jahren und einem 10jährigen Mädchen komatös stupuröse Zustände mit halluzinatorischer Verwirrtheit, die nach einigen Wochen in völlige Heilung übergingen.

Bei Scharlach ist die Entwicklung der Psychose direkt im Anschluß an urämische Krampfanfälle beobachtet (Henoch). Bei Diphtherie, Influenza beobachtete ich schlafähnliche Dämmerzustände.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Zusammenhang mit Gonorrhoe kommen schwere stuporöse Zustände, Delirien mit meningitischen Erscheinungen vor.

Bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra, Beriberi sind melancholische Stuporzustände häufiger als manische und halluzinatorische Erregungszustände. Bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra treten schwere spinale Erkrankungen mit nachweisbaren Veränderungen im Rückenmark auf. Charakterveränderungen andauernder Art mit Nachlaß der geistigen Kräfte, stumpfem Wesen, werden dabei beobachtet. Bei Pellagra kommt es oft zur Demenz mit kombinierter Hinter-Seitenstrangserkrankung, einem der Paralyse sehr ähnlichen Symptomenkomplex (TUCZECK).

Prognose.

Was zunächst die Dauer anlangt, so sind in den meisten Fällen die Initial-, Inkubations-, Fieber- und Infektionsdelirien von kürzerer Dauer, vorausgesetzt, daß sie nicht Anfangsstadien anderweitiger psychischer Erkrankungen sind oder in chronische infektiöse Schwächezustände übergehen.

Sonst laufen sie in Stunden bis Tagen ab, verschwinden oft schon mit Aufhören des Fiebers.

Länger dauernd sind im großen und ganzen die Kollapsdelirien, schon weil an diese sich häufiger anderweitige Psychosen anschließen.

Gewiß gibt es auch hier Fälle, wo das Delirium in Stunden und Tagen, z. B. nach Masern, Scharlach abklingt, aber in der Regel sehen wir einen protrahierten, auf Wochen und Monate sich erstreckenden Verlauf.

Vereinzelt kann die Psychose die ursprünglich fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern.

Besonders hartnäckig sind die Störungen im Nachstadium der Pneumonie. SNELL berichtet von einem Falle, welcher nach neunjähriger Dauer noch zur Genesung gekommen ist.

Verhältnismäßig schnell endet das Delirium acutum, in der Regel in Tagen bis drei Wochen.

Beim Kollapsdelirium sehen wir eine Dauer von 12 Tagen bis 10 Monaten.

In einem Falle nahm die Erkrankung bei Pneumonie einen sehr langen Zeitraum — 7 Monate — bis zur Genesung in Anspruch. Auch beim Gelenkrheumatismus beobachtete ich 10 Monate bis zur Genesung. Im Durchschnitt sehen wir die günstig ausgehenden Fälle in 3—4 Monaten verlaufen.

Die Vorhersage der Fälle ist sonst abhängig von der Art und Schwere der erzeugenden somatischen Grunderkrankung, von der Form der psychischen Störung und der Gesamtverfassung des Befallenen.

Besonders schwierig gestaltet sich die Frage, ob ein ausbrechendes Delirium nur als ein schnell abklingendes Begleitdelirium anzusehen ist oder Vorläufererscheinung resp. selbst schon Symptom einer länger dauernden Psychose bildet. In der Regel wird sich dieses erst nach einem längeren Zeitraum der Beobachtung entscheiden lassen.

Auf den Grad der Bewußtseinstrübung ist der allergrößte Wert zu legen. Geht diese so weit, daß der Kranke dauernd nicht mehr zu fixieren ist, ist die Prognose ungünstig.

Handelt es sich um reine Fieberdelirien, schwinden diese mit Aufhören des Fiebers.

Am günstigsten sind entschieden diejenigen Fälle, wo die Fieber- resp. Infektionsdelirien keinen hohen Grad erreichen, sich mit Aufhören

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Fiebers in kürzester Zeit, ohne sonstige psychische Störungen zu hinterlassen, zurückbilden.

Es kann vorkommen, daß eine vereinzelte Sinnestäuschung bestehen bleibt, resp. sich zu einer Wahnidee bildet und erst langsam sich ausgleicht (conception délirante isolée).

Man muß darauf gefaßt sein, daß ein einmal ausgebrochenes Fieber- oder Infektionsdelirium schnell einen hohen Grad erreichen kann, wo es zur Ausführung von Selbstbeschädigungen, planlosen Handlungen, Tobsuchtsanfällen mit bedrohlichem Charakter kommt.

Zweimal im Initialdelirium im Beginn eines Typhus habe ich ernste Selbstmordversuche beobachtet. Hüten sollte man sich, aus einem einzelnen Symptom im Beginn eines Deliriums, z. B. dem Flockenlesen, welches in der Regel erst im Endstadium in Erscheinung tritt und hier prognostisch ungünstig anzusehen ist, eine ungünstige Prognose zu stellen. Mehrmals habe ich mussitierende Delirien mit Flockenlesen gleich im Beginn gesehen, bei vollkommen gutem Ausgang.

Sehr ernst ist die Prognose der schweren Initialdelirien bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus (Zerebrorheumatismus, Typhomanie), wo der Tod in wenigen Stunden unter heftigen Erscheinungen mit hoher Temperatursteigerung (41—44° C) erfolgen kann.

In der Hälfte der Fälle muß man mit diesem ernsten Ausgang rechnen. Am trübsten gestaltet sich die Prognose beim Delirium acutum, hier liegt fast immer die Befürchtung des letalen Ausganges vor.

Der Korsakowsche Symptomenkomplex ist dann prognostisch ungünstig anzusehen, wenn er auf dem Boden der Arteriosklerose oder des Alkoholismus entstanden ist.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Fieberdelirien der übrigen akuten Infektionskrankheiten, entschieden am günstigsten bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Kollapsdelirien und den anderweitigen Psychosen dieses Stadiums. Hier sind die Delirien im Typhus und Rheumatismus bei Komplikationen des Herzens (Endokarditis mit und ohne Chorea) und der Lunge besonders ernst.

Immer ist bei der Vorhersage zu bedenken, daß es sich in den meisten Fällen um schwere Infektionen des Gesamtorganismus handelt, die durch Erkrankungen des Herzens (Endokarditis usw.), durch plötzlichen Kollaps, Phlegmone, Sepsis, Fettembolie das Leben sehr ernst gefährden können.

Ein nicht kleiner Teil der Fälle endet durch Selbstmord beim Mangel einer genügenden Beaufsichtigung.

Zuweilen müssen wir auf einen remittierenden Verlauf gefaßt sein, der sich Monate bis zu günstigem Ausgange hinzieht. Schwere meningitische Erscheinungen, namentlich bei Kindern, sind nicht absolut ungünstig anzusehen.

Auch choreatische Störungen, welche im Verlauf des Rheumatismus und gelegentlich einmal bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet werden, trüben die Prognose nicht.

Störungen der Motilität, der Sprache, welche das Bild der Paralyse vortäuschen, sind nicht ungünstig.

Katatonische Symptome, mussitierende Delirien sind nicht ungünstig anzusehen. Diese Annahme wird auch durch die Beobachtungen Göpperts bestätigt, der in der schweren Genickstarreepidemie in Schlesien wiederholt psychische Störungen beobachtete. Er fand in der Rekonvaleszenz häufig Echolalie, Verbigerieren, Unreinlichkeit, Kotessen. Alle derartigen Fälle genasen.

Die bei den Infektionskrankheiten häufigen Komplikationen bringen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht selten Überraschungen. Die psychischen Symptome erschweren die regelrechte Behandlung der Grundkrankheit oft in recht unliebsamer Weise. Der Einfluß der Infektionspsychosen auf das jugendliche in Entwicklung befindliche Gehirn bedingt zuweilen ein Zurückbleiben der psychischen Entwicklung.

Differentialdiagnose.

Ein sicheres Kriterium, um eine Infektionspsychose, besonders im Fieber-, Infektions- und Kollapsdelirium in der Höhe ihrer Entwicklung rein aus den psychischen Symptomen heraus mit Bestimmtheit von den ähnlichen psychischen Störungen, welche nicht auf dem Boden der Intoxikation erwachsen sind, abzugrenzen, gibt es nicht.

Alle Versuche, welche darauf abzielen, bestimmte psychische Symptome als den Psychosen bei Infektionskrankheiten nicht zugehörig auszuschließen, resp. ihnen zuzuschreiben, sind als verfehlt anzusehen.

Die Diagnose läßt sich einzig und allein nur stellen aus der ganzen Vorgeschichte, aus der ätiologischen Entwicklung.

Es können natürlich einzelne Begleiterscheinungen den Verdacht erwecken, daß hier eine derartig entstandene Psychose vorliegt, so die Temperatursteigerung oder subnormale Temperaturen, Herzschwäche, aber stichhaltig sind diese gerade so wenig als die psychischen Symptome. Ein einziger sicherer Befund, welcher für die Diagnose der Grundkrankheit bestimmend ist, z. B. die WIDALsche Reaktion bei Typhus, wiegt für die Stellung der Diagnose mehr als alle psychischen Symptome.

Fieber- und Kollapsdelirien können leicht verwechselt werden mit Delirium tremens, weil die Erkrankungen äußerlich oft die größte Ähnlichkeit haben können in dem Bewegungsdrang, dem Zittern, dem Schweiß.

Tremor, welcher als Unterscheidungsmerkmal für Delirium tremens von manchen Autoren angegeben wird, spricht absolut nicht gegen ein Kollapsdelirium. Im Gegenteil, man wird oft überrascht durch die große Ähnlichkeit, welche die beiden Erkrankungen gerade in dieser Beziehung haben.

Ich kann auch die Behauptung nicht als richtig anerkennen, daß im epileptischen Dämmerzustand die Ideenflucht fehlen soll, und er sich dadurch unter Umständen von einem Infektionsdelirium unterscheidet. Ideenflucht kommt, wie ich es mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte, bei beiden Erkrankungen in derselben Weise vor.

Auch der Zustand der Bewußtseinstrübung bei den Infektions- und Kollapsdelirien ist nicht ein so charakteristischer, um daraufhin andere Psychosen auszuschließen. Er hat ja manches Eigenartige in dem Traumhaften, in der Benommenheit, Betäubung, in dem oft schnellen Wechsel mit Klarheit, aber das alles sehen wir auch bei anderweitigen Psychosen, die nichts mit Infektion zu tun haben, z. B. bei Psychosen nach Trauma des Gehirns. Unter Umständen erweckt die Kombination der Bewußtseinstrübung mit den geschilderten nervösen Erscheinungen den Verdacht auf eine infektiöse Grundlage.

Die Feststellung des ätiologischen Momentes wird hier die richtige Diagnose stellen lassen.

Von dem akuten halluzinatorischen Irrsein (Amentia) sind die Infektions- und Kollapsdelirien nicht zu trennen.

Die akute Paranoia unterscheidet sich durch die Systematisierung der Wahnvorstellungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der schnelle Ausbruch der Psychose kann nicht ohne weiteres verwendet werden zugunsten des Deliriums, denn dieser erfolgt auch sehr plötzlich bei der Amentia, der Katatonie, der akuten Paranoia.

Bei der Manie, die keinen zu hohen Grad erreicht, wo keine weitgehende Trübung des Bewußtseins eintritt, läßt sich am besten der anhaltend heitere Affekt und der ungemein lebhafte Stimmungswechsel von Heiterkeit zu Zornmütigkeit, von Lachen und Weinen differentialdiagnostisch verwerten.

Die Unterscheidung von endogenen katatonischen Zuständen kann sich sehr schwierig gestalten. Zu berücksichtigen ist, daß nicht selten endogene Psychosen durch einen fieberhaften Prozeß, besonders durch Fieberabfall ausgelöst werden können. Die das Infektionsdelirium begleitende Benommenheit, der stärkere Wechsel der Symptome, die interimistisch deliranten Züge im Krankheitsbild mit ihren der Fieberhöhe entsprechenden Tagesschwankungen, die optisch-taktilen Sinnestäuschungen mit Desorientierung sprechen im Zweifelsfalle für eine infektiös entstandene Psychose.

Die psychomotorischen Reizerscheinungen, die kortikalen Symptome sind in derselben Weise zu verwerten. Wenn Nackensteifigkeit, Benommenheit auftreten, kann die Diagnose gegenüber der Meningitis Schwierigkeiten bereiten.

Ideenflucht, gehobene Stimmung können das Bild einer Manie vortäuschen. Schwere Stuporzustände mit begleitenden körperlichen Symptomen lassen zuweilen den Verdacht an Paralyse aufkommen. Das Ergebnis der Lumbalpunktion wird hier von Nutzen sein können.

Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Die Frage, ob es spezifische anatomische Befunde gibt, welche uns das Zustandekommen der Psychosen bei den Infektionskrankheiten erklären können, ist bisher mit einem Nein zu beantworten.

Die vorhandenen pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht ausreichend, um in ursächlichem Zusammenhang mit den klinischen Symptomen dergestalt gebracht zu werden, daß sie uns eine vollkommene Erklärung für das Auftreten dieser geben.

Früher legte man großen Wert auf die Anomalien der Blutfülle des Hirns, Hyperämie und Anämie, suchte z. B. die Kollapspsychosen aus einer Anämie des Gehirns zu erklären.

Weiter wurden beschrieben: Trübung der Pia, Verwachsung der Dura mit Schädeldach, Gehirnödem. Chemische Veränderungen der Hirnsubstanz, veränderter Wasser- und Fettgehalt bei Typhus (Buhl), größerer oder geringerer Wassergehalt des Hirns bei Typhus (Nobiling) wurden angeschuldigt. Man legte dabei auch schon Nachdruck auf Veränderung der Zellen und Nervenfasern (Hoffmann, Emminghaus).

Diese Zellenveränderungen haben in neuerer Zeit ein eingehendes Studium erfahren. Hauptsächlich sind diese Untersuchungen beim Delirium acutum angestellt, weil hier die gesamten klinischen Erscheinungen am ersten den Eindruck einer schweren Infektion machten und Hoffnung erweckten für greifbare anatomische Befunde (E. Meyer).

Als Resultat ergibt sich, daß bei den Fällen, die als Delirium acutum verlaufen, ziemlich regelmäßig akute, meist schwere Zellveränderungen, Hyperämie und Blutungen in der Rinde nachweisbar sind, während die Glia keine stärkere Beteiligung erkennen läßt (akute

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Encephalomyelitis, BINSWANGER u. a.). Blutungen im Gehirn und in den Meningen konnte auch ich in einem Falle von Delirium acutum nachweisen.

Die Zellen zeigen Zerfall des Tigroids mit homogener Schwellung und exzentrischer Verlagerung des Kerns. Die intrazellulären Fibrillen zerfallen, das extrazelluläre Geflecht bleibt erhalten. In schweren, foudroyant verlaufenden Fällen wie beim Delirium acutum findet man die sogenannten schweren Zellveränderungen: die Zelle zerfällt in toto, das ganze Protoplasma wandelt sich in körnchenartige Zerfallsprodukte um. Der Kern wird klein, rund, dunkel. Die Markfasern erleiden nur vereinzelt geringen Schwund. Die Gefäße in der Pia und Rinde sind stark gefüllt, häufig sind Blutungen. In den Gefäßscheiden lagert viel Pigment, die adventitiellen Räume sind gelegentlich mit Plasmazellen gefüllt. Das Endothel ist gewuchert, es finden sich einzelne Stäbchenzellen. Die Glia zeigt fast regelmäßig Kernvermehrung: Zunahme der Trabantherne um die Nervenzellen, Reihenbildung der Gliakerne längs den Gefäßen. Riesenspinnenzellen, die bei Paralyse so häufig sind, fehlen. Nach ALZHEIMER betrifft die Vermehrung vor allem die „amöboide Glia". Er versteht darunter Gliazellen, die sich aus dem Verbande fester Gewebszellen losgelöst haben und nach Art der Körnchenzellen wandern.

Bakterienbefunde sind häufig, aber nicht konstant.

Es liegen eine Reihe zuverlässiger, unzweideutiger Beobachtungen vor, so die Untersuchungen von WESTPHAL, WASSERMANN und MALKHOFF, welche bei akutem Gelenkrheumatismus mit Chorea und Psychose aus Blut, Gehirn, Herzklappen Mikroorganismen darstellten. Bei Tieren riefen diese Fieber und multiple Gelenkaffektionen hervor. Auch CRAMER und TÖBBEN konnten in zwei Fällen von Chorea intravital aus dem Blute einen bakteriellen Befund erheben. In zwei Fällen konnte auch ich einen bakteriellen Befund intravital im Blute konstatieren.

SANDER, welcher unter Kontrolle des EHRLICHschen Instituts seine Untersuchungen anstellen konnte, gelangte zu dem Schluß, daß in einzelnen Fällen von Delirium acutum, in denen meist eine fieberhafte Erkrankung (Angina, Influenza) vorhergegangen ist, eine Allgemeininfektion mit Bakterien, speziell Staphylokokken vorliegt. Die Blutinfektion sei die Hauptsache, die Bakterienherde im Hirn der Ausdruck der Allgemeininfektion.

In zwei Fällen von Delirium acutum bei periodischen Psychosen fand SANDER nur sehr geringe Veränderungen gegenüber der mehr idiopathischen Form und bei Infektionskrankheiten ohne psychische Störungen gleiche, nur quantitativ geringere Veränderungen. BINSWANGER und BERGER konnten in ihren Fällen (Influenza mit Varizellen), die akute Degeneration von Fasern, Zellen, Hyperämie usw. zeigten (Encephalomyelitis acuta), nicht sicher Bakterien nachweisen.

Nach CENI ist die Pellagra eine wahre Infektionskrankheit, hervorgerufen durch Aspergillus fumigatus oder Aspergillus flavescens. Diese dringen mit dem verdorbenen Mais in den Darm. die Sporen gelangen in den Kreislauf, lokalisieren sich in den Meningen, in der Pleura, im Perikardium usw. Aus den Sporen entwickeln sich toxische Substanzen, welche allgemeine Intoxikation und lokale diffuse Entzündungsprozesse bedingen.

Bei Bakterienansiedlungen in der Hirnrinde kann es zur Ausbildung von mikroskopisch kleinen enzephalitischen Herden kommen mit Ansammlung von Leukozyten um die benachbarten Gefäße und Austritt ins Gewebe, so daß die Bakterien dann in einem kleinen Leukozytenhaufen zu liegen kommen. EUGEN FRAENKEL, der systematisch Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suchungen des Hirns bei Infektionskrankheiten vorgenommen hat, weist auf die große Häufigkeit einer Invasion von Mikroben ins Gehirn hin: in etwa drei Viertel aller Fälle fand er solche im Hirn.

Göppert ist geneigt in dem mangelhaften Funktionieren der Ventrikelabflüsse und in dem Erschwernis der Zirkulation der Hirnflüssigkeit, die er in einigen Fällen von Genickstarre beobachten konnte, die Ursache bestimmter psychischer Störungen, so der heftigen Angstanfälle zu sehen.

Therapie.

Bei der Behandlung ist dem Grundleiden Rechnung zu tragen.

Die Hauptaufgaben bestehen in Sorge für genügende **Bewachung, guter Ernährung, Bekämpfung der Unruhe, der Schlaflosigkeit.** Wenn irgend möglich, Eisbeutel auf den Kopf.

Das **Fieber** wird durch die üblichen Mittel bekämpft, am besten Laktophenin (0,5 mehrmals), bei **Malariadelirien** Chinin.

Von der **Hydrotherapie** ist die ausgiebigste Anwendung zu machen in Form von protrahierten warmen Bädern mit kühlen Übergießungen, kühlen Bädern, Abreibungen, Einpackungen.

Bei letzteren ist größte Vorsicht zu üben, der Zustand des Herzens, der Lunge genau zu berücksichtigen. Auf alle Fälle setze man die Einpackung nicht zu lange fort.

Mit sehr gutem Nutzen wende ich bei heftigen Erregungen mit Sinnestäuschungen und großer Reizbarkeit, aggressivem Verhalten die **vorübergehende Isolierung unter der nötigen Bewachung** an. Es tritt oft schon nach kürzester Zeit ein Zustand der Beruhigung ein, der es gestattet, den Kranken wieder aus der Isolierzelle zu entfernen.

Als Nahrung dienen breiige, flüssige Speisen, bei Nahrungsverweigerung zögere man nicht mit Anwendung der Schlundsonde, mit Nährklistieren, Kochsalz- und Traubenzuckerinfusionen.

Die Bewachung sei von vornherein eine besonders sorgfältige, da plötzliche Steigerungen im Fieber, namentlich im Beginn, mit Beschädigungen sehr häufig sind. Eventuell ist der Kranke in ein gepolstertes Kastenbett zu legen. Dem drohenden Kräfteverfall ist vorzubeugen durch Kochsalzinfusionen, die Herztätigkeit durch Alkohol, Kaffee, Kampfer zu heben.

Von Schlafmitteln werden am zweckmäßigsten gereicht Paraldehyd 4—10 g, Amylenhydrat 2—4 g, Veronal 0,25—1,0 g, Isopral 1,0 bis 2,0 g.

Bei meningitischen Erscheinungen wäre unter Umständen an Lumbalpunktion zu denken.

Handelt es sich um Bekämpfung der chronischen Schwächezustände, nachdem die ersten bedrohlichen Erscheinungen vorüber, dann sind die zur Hebung des Kräftezustandes üblichen therapeutischen Maßnahmen, unterstützt von Massage, Elektrizität, Bädern, in Anwendung zu bringen.

Forensische Bedeutung.

So groß, als man annehmen möchte nach dem nicht seltenen Vorkommen dieser Psychosen ist die strafrechtliche Bedeutung nicht. Meist setzt der akute Beginn so stürmische Erscheinungen, daß die Psychose sofort erkannt und für zweckmäßige Unterbringung Sorge getragen wird.

Abzusehen von plötzlichen Selbstmordversuchen, Selbstverstümmelungen kommt es nicht selten zu Gewaltakten. Die Fälle gehen oft mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heftiger, raptusartiger Angst einher. In der Literatur sind mehrere derartige Fälle mitgeteilt. Bekannt ist der von KRAFFT-EBING beobachtete, wo der Patient am dritten Krankheitstag durch einen Messerstich seinen Sohn tötete.

Die Frage der Entmündigung wird bei den meist kurzdauernden Infektionsdelirien kaum aufgeworfen werden. Die Entmündigung kann nur bei den Formen in Betracht kommen, in denen der Verlauf der Krankheit sich in die Länge zieht. Das gilt auch für die Ehescheidung.

Die Testier- und Verfügungsfähigkeit wird während des Höhestadiums der Erkrankung durchweg aufgehoben.

Bei wechselnder Intensität der Delirien und wechselndem Auftreten dieser können letztwillige Verfügungen unter Umständen getroffen und als rechtsgültig angesehen werden.

Literatur.

Die neueste, umfassende Arbeit mit Literaturangabe ist

BONHOEFFER, K., Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke, 1910.

ADLER, Über die im Zusammenhang mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII, S. 740, 1897 (enthält ausführliches Literaturverzeichnis).

ANDRESS, Ein Fall von Korsakowscher Psychose mit Cholera. Korsakowsches Journ. 1910.

AFIJEWSKI, Nervöse u. psych. Erscheinungen bei Tuberkulösen. Sowerem Psych.

BINSWANGER-BERGER, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen.

BENON, Grippe et asthénie périodique. Gaz. des hôpit., Nr. 125, S. 1727.

BILLICH, CONSTANZ, Ein Beitrag zur Lehre von den Infektionspsychosen. Psychose nach Halsphlegmone. I.-D., 1912. Kiel.

BOCHAT, WILHELM, Über Psychosen im Verlaufe Typhusabdom. u. Erythema mult. exsudativum. I.-D., Kiel 1912.

BONDURANT, EUGEN D., Terminal States in Pellagra resembling general Paresis with report of five cases. Journ. of nerv. and med. Dis., Vol. 39, Nr. 11, S. 734.

BONHOEFFER, K., Die Infektions- und Autointoxikationspsychosen. Monatsschr. f. Psych., Bd. XXXIV, S. 506.

BEURMANN, DE et GOUGEROT, Les troubles mentaux dans la lèpre. L'état psych. habituel des lepreux. Nouv. Journ. de la Salp., Nr. 2, S. 219, 1910.

BETHGE, Über psychische Störungen bei Sydenhamscher Chorea. I.-D., Kiel 1910.

BRUNETTE et CALMETTES, Un cas de psychose post-grippale sans confusion mentale. L'Enceph., Nr. 10, S. 291.

BRAUNE, K., Protrahierte Delirien bei fieberhaften Erkrankungen. I.-D., Berlin 1907.

CENI, Gli aspergilli nell' etiologia e nella pathogenesi della pellagra. Riv. sper. di Fren. Fasc. II.

CENI e BASTA, Principi tossici degli aspergilli fumigatus e flavescenz e loro rapporti colla pellagra. Riv. sper. di Fren. Fasc. IV.

CSORDES, ELEMER, Über Lyssapsychosen. Orvosik Lapja, 13, 1910.

CRAMER, Pathologische Anatomie der Psychosen in Handb. der pathol. Anatomie des Nervensystems.

CRAMER und TÖBBEN, Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Prozesse des Zentralnervensystems. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVIII, H. 6.

DAMAYE, Melancolie confusionelle toxi- tuberculeuse avec anxiété et idées de negation, disposition des idées délirantes parallèlement à la guerison de la tuberculose. Rev. de Psych., 15, 156, 1911.

EDSALL, DAVID, L., Typhoidal insanity in childhood with some notes as to its character and prognosis. The Americ. Journ. of the med. Sc. Vol. CXXIX, Nr. 2, Febr., Nr. 395, S. 327.

EBERLING, Influenzapsychosen. I.-D., Berlin 1892.

FAMENNE, Du rôle de l'infection gonorroique dans la genise de certaines psychoses. L'Enc., 2. Ser, Nr. 7, S. 47.

FRAENKEL, EUG., Über das Verhalten des Gehirns bei akuten Infektionskrankheiten. Virchows Arch. f. path. Anat., 194. Bd., Beiheft 1908, S. 168.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fraenkel-Heiden, Zur Kenntnis der Psychosen nach Erysipel. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXIII, 1905, Nr. 5, S. 383.
Friedländer, Über den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.
Forli, Sulle sindromi nervose postmalariche. Bollettino della Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma. Fasc. I, Anno XXV, Roma 1905.
Finzi, Psicosi pellagrose. Bollettino del Manicomio di Ferrara. Anni XXIX e XXXX. 1901 u. 1902.
Gerhards, P., Über psychische Störungen bei Chorea minor. I.-D., Kiel 1904.
Göppert, F., Über Genickstarre. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk., 4. Bd., S. 165.
Hanel, A., Psychische Störungen bei Lungentuberkulose, insbes. bei Phthisis incip. tuberculosa. I.-D., Leipzig 1906.
Hendriks, A., Psychische Untersuchungen bei Typhus abdom. Zeitschr. f. Psych., Bd. 67, S. 732.
Hanes, Edward, L., Acute Delirium in Psichiatr. Pract., with spec. reference to so called acute delirious mania (Collaps Del). Journ. of nerv. and ment. dis. Vol. 39, Nr. 4—5, S. 236 u. 311.
Hampel, Max, Über Delirium bei Gelenkrheumatismus. I.-D., Kiel 1913.
Hirschberger, Nik., Über Psychosen bei Flecktyphus, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 1375.
Herrmann, Über die Ursachen und Behandlung der Delirien bei akuten fieberhaften Krankheiten. I.-D., Berlin 1901.
Jansky, Delirium acutum. Klinisky sbornik. XII, 3.
Jesiersky, Über transit. Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach. Med. Klin. 1905, Nr. 50, S. 1283.
Jolly, Bericht über die Irrenabteilung des Juliusspitals in Würzburg für die Jahre 1870—72. Würzburg 1873.
Derselbe, Zur Lehre von der Chorea minor und Choreapsychosen. Wien. klin. Wochenschrift 1911, Nr. 29, S. 1064.
Jutrosinsky, Über Influenzapsychosen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 3, 1891 und I.-D., Straßburg 1890.
Klemm, Psychosen in ätiologischem Zusammenhang mit Influenza. I.-D., Marburg 1901.
Klein, Kasuistische Beiträge zu den im Gefolge von Gelenkrheumatismus vorkommenden Psychosen. I.-D., Berlin 1890.
Kozowsky, Die Pellagra. Arch. f. Psych., Bd. 49.
König und Linzenmeier, Über die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilung bei Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. 51.
Kotzowsky, S. D., Zur Pathol. des Del. ac. Korsakowsches Journ. 1910 u. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 68, H. 4, S. 415.
Laehr, M., Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra.
Ladame, Des psychoses après l'influenza. Annales méd. psych., 1. Dezbr. 1890.
Lammers, Störungen seitens des Nervensystems als Komplikationen und Nachkrankheiten der akuten infektiösen Exantheme. I.-D., Berlin 1890.
Lapinsky, Zur Kasuistik der polyneuritischen Psychose. Arch. f. Psych., 43. Bd., 3. H.
Lang, Nikolaus, Akuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung. I.-D., Erlangen 1912.
Lang, Friedrich, Beitrag zur Lehre der Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten. Psychose nach Erysipel. I.-D., Kiel 1912.
Leiber, Hans, Ein Fall von psychischer Störung katatoner Färbung im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis. I.-D., Kiel 1911.
Liebau, Oskar, Infektionsdelirien mit Influenza. I.-D., Kiel 1913.
Ludwig, Joh., Psychose nach Erysipelas. I.-D., Kiel 1910.
Marandon de Montyel, Les causes morbides prédisposantes en pathologie mentale. Rev. de Med. 1906, 1, S. 34.
Marie, A., Les aliénés et la tuberculose. Rev. de Med. 1906, 7, S. 543.
Martin, Gust. et Ringenbach, Troubles physiques dans la maladie du sommeil. L'Enceph. 1910, Nr. 6—8. I, S. 625 u. II, S. 97.
Merkler, Déterminations psychiques à prédominance maniaque au cour d'une méningite cérébro-spinale. Gaz. des Hôp. 1910, Nr. 133, S. 1815.
Meyer, E., Die pathologische Anatomie der Psychosen. Orth-Festschrift.
Derselbe, Über Autointoxikationspsychosen. Arch. f. Psych., Bd. 39, S. 286.
Müller, B. F. C., Über psychische Erkrankungen bei akuten fieberhaften Erkrankungen. I.-D., Straßburg 1881.
Neumann, Hugo, Über psychische Störungen im Prodromalstadium der Rubeolen. Kassowitz-Festschrift. Berlin, Springer.
Oeconomakis, Milt., Beitrag zur Kenntnis der Malariapsychosen. Griech. Arch. f. Med. 1910.
Orr, A contribution to the pathology of acute insanity. Brain XLVIII, S. 240.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

PICQUÉ, L., Les infections latentes d'origine utérine chez les nouvelles accouchées et leur importance en méd. ment. De la folie viscérale. Rev. de Psych. expér. Vol. IX, S. 1.
PFÜTSCH, Über Psychosen im Verlauf des Typhus abdominalis. I.-D., Kiel 1903.
PÉLISSIER, ANDRÉ, Sur les troubles mentaux dans la chorée. Progr. méd. 1910, Nr. 29, S. 395.
RAUSCHKE, Begleitdelirien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41, S. 1312, 1905.
RÉGIS, G., Les psychoses des infections aiguës. Arch de Neurol. Vol. XX, S. 268.
REIF, Über Psychosen im Verlauf und im Gefolge des Typhus. I.-D., Würzburg.
Referat CRAMERS über Intoxikations- und Infektionspsychosen in dem Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie, von 1897 ab.
REZZA, Beitrag zur pathol. Anat. der Pellagrapsychose. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 12, S. 1.
ROUGI, C., De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoide. Ann. médic. psych. 9. S. T. V, 1—2, S. 5, 221.
SAUERWALD, HANS, Über einen Fall von Chorea minor mit Psychose. I.-D., Kiel 1910.
SCHEEL, Psychosen im Zusammenhang mit Pneumonie. Med. Klin. Nr. 34, S. 101, 1907.
SCHRÖDER, P., Anatomische Befunde bei einigen Fällen von akuten Psychosen. Zeitschrift f. Psych., Bd. 66, S. 203.
SCHWADE, P., Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten. Psychose nach Angina. I.-D., Kiel 1906.
SIEMERLING, E., Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten u. chron. Infektionskrankheiten. Deutsche Klinik, 6. Bd, 2, S. 363.
Derselbe, Infektions- u. autotoxische Psychosen. Deutsche med. Wochenschr., 36. Jahrg. 1910, Nr. 48, S. 2255.
Derselbe, Infektions u. autotoxische Psychosen (Delirien, Amentia). Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., Nr. 21, S. 639, 1911.
Derselbe, Meningitis nach follikulärer Angina. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 47.
SIEVERT, Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei gonorrhöischer Infektion. I.-D., Kiel 1902.
SCHMITZ, Geistesstörung nach Influenza. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII.
TIEDERMANN, Ein Beitrag zur Lehre von Delirien bei Pyämie. I.-D., Kiel 1903.
TORELL, R., Ein Fall von halluzinatorischer Verwirrtheit mit Pneumonie. I.-D., Kiel 1910.
VALLETEAN DE MONILLAO et COZANET, Troubles psychiques de la Dengue. L'Enc. 1911, Nr. 1, S. 27.
WAGNER VON JAUREGG, Über Psychosen durch Autointoxikation vom Darme aus. Jahrb. f. Psych., 22. Bd., S. 177.
WAHN, Über das Auftreten von Psychosen nach Influenza. I.-D., Kiel 1903.
WALLON, HENRI et GAUTIER, CH., Psychose infectieuse et confusion mentale. Perte des motions de temps. Rev. neur. 1911, Nr. 11, S. 661.
WARNOCK, Some cases of pellagrous insanity. Journ. of Acad. Sc., Bd. 43, S. 1.
WEBER, On the delir, or acute insanity during the decline of acute diseases.
WEBER (Göttingen), Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Sammlung zwangl. Abhandlungen, Bd. III, H. 7.
WESCHER, Über Erkrankungen des Nervensystems im Anschluß an Influenza. I.-D., Bonn 1892.
WEYGANDT, W., Der Seelenzustand der Tuberkulösen. Med. Klin. 1911, Nr. 3 u. 4, S. 91 u. 137.
ZIEHEN, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, Bd. VII, H. 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Amentia.

Akute halluzinatorische Verwirrtheit. Amentia. Akute Verwirrtheit. Akuter Wahnsinn. Akutes halluzinatorisches Irresein. Halluzinose.

Mit diesen Bezeichnungen werden Geistesstörungen benannt, welche ausgezeichnet sind durch das **plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, zahlreiche und sehr lebhafte, meist unzusammenhängende Halluzinationen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmungen darstellen.** Wahnideen, meist durch Halluzinationen verursacht, auch ohne diese auf dem Boden der Bewußtseinstrübung und Verwirrtheit entstehend, sind wechselnd flüchtig und regellos, werden selten festgehalten und nicht in ein System gebracht.

Ätiologie. Häufigkeit.

Der Heredität kommt beim Zustandekommen der Erkrankung keine wesentliche Bedeutung zu; so fand ich bei dem puerperalen halluzinatorischen Irresein mehr Fälle ohne jede erhebliche Belastung als mit solcher.

Verschiedentlich läßt sich eine angeborene geistige Schwäche nachweisen.

Die wichtigste Rolle beim Zustandekommen spielen körperliche und seelische Schädigungen, Infektionskrankheiten, Vergiftungen (Alkohol, Morphium, Kokain, Atropin, Blei, Tabak, Arsenik), Gravidität, Puerperium, Laktation, Pubertät, Menstruationsvorgänge, Klimakterium mit den im Organismus vor sich gehenden Umwälzungen. Blutverluste, Erschöpfungen infolge von schweren körperlichen Erkrankungen, Urämie (Karzinose, perniziöse Anämie) von Darmerkrankungen (Autointoxikationen), nach Operationen (Augenoperationen), Trauma, besonders des Gehirns, Haftstrafen, gemütliche Erschütterungen (starker Schreck, schwerer Kummer, Sorgen, unglückliche Ehe, häusliche Zwistigkeiten), geistige Überanstrengung sind als auslösende Momente anzusehen.

Bei vielen Fällen wirken mehrere Schädlichkeiten zusammen. In einigen ist eine greifbare äußere Schädlichkeit überhaupt nicht nachzuweisen.

Das überwiegende Vorkommen beim weiblichen Geschlecht erklärt sich aus bestimmten ätiologischen Momenten, wie Gravidität, Puerperium, Laktation, Menstruation. Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 40. Jahre.

Symptome und Verlauf.

Dem eigentlichen Ausbruch geht meist ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium voraus. Klagen über nervöse Beschwerden: Kopfdruck, Kopfweh, Sausen in den Ohren, Schlaflosigkeit, werden geäußert. Die Stimmung ist leicht gereizt, häufiger Stimmungswechsel fällt der Umgebung auf. Die Lust zur gewohnten Tätigkeit geht ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

loren. Die Kranken versinken bei der Arbeit in Träumereien, unterbrechen diese unmotiviert, sind scheu, halten sich allein. Zuweilen bemächtigt sich ihrer eine steigende Verstimmung mit dem Gefühl der Unruhe, Angst, Beklemmung. Schreckhafte Träume stören den Schlaf. Der Kranke fühlt sich matt, angegriffen, elend. Der Appetit liegt danieder. Rein äußerlich erwecken sie in dieser Zeit oft den Eindruck des Melancholischen.

In vielen Fällen entwickelt sich die Erkrankung auch ohne besondere Vorboten sehr rapid in wenigen Stunden.

Der eigentliche Ausbruch erfolgt sehr plötzlich. Die ängstliche Stimmung steigert sich: Versündigungsideen werden geäußert. Sie haben unrecht getan, sind nicht fromm gewesen, haben sich versündigt (Erbsünde sitzt im Herzen), sprechen von drohendem Unglück (es kommt ein Krieg) durch ihre Schuld. Infolge dieser ängstlichen Verstimmung kann es zu Selbstverletzungen kommen. Unangenehme Sinnestäuschungen des Geruchs belästigen sie: sie glauben Leichen zu riechen, Blut, welches sie vergossen haben.

Das Essen verweigern sie, weil Gift darin ist.

Aufs Schaffott werden sie gebracht, der Teufel holt sie, Hexen, Männer mit langen Bärten bedrohen sie.

In der Folgezeit herrscht die traumhafte Trübung des Bewußtseins vor, die sich in der Verwirrtheit und Unorientiertheit, der Ratlosigkeit, der Regellosigkeit und Zerfahrenheit des Vorstellungslebens kundgibt. Auch das ganze Benehmen und Handeln steht unter dem Einfluß dieser traumhaften Verwirrtheit.

Sehr beachtenswert ist der unaufhörliche Wechsel, oft mit dem Charakter des Gegensätzlichen, in den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. In einem Atem sprechen sie von Häuser kaufen und Leben nehmen, Villa bauen und ins Wasser gehen, von den versammelten Feinden, dem wüsten Schimpfen dieser, gleich darauf hören sie Champagnergläser klingen und lustiges Singen, dann beklagen sie sich über den hohlen Hals, in welchen ein Schlauch gesteckt sei, rufen pathetisch: Hurra die Kaiserin. Ein anderer Kranker schilt auf die Gerüche im Bett, spricht sofort von sich als Gott, dem Mittelpunkt des Weltalls. Schattenbilder sind hinter ihm her, Napoleons Schädel ist bei ihm. „Ich soll dich hinmachen." In buntem Wechsel schießen die verschiedensten Empfindungen und Vorstellungen auf, um bald wieder zu verschwinden.

Sehr intensiv sind die Gehörs- und Gesichtstäuschungen aller Art. Sie vernehmen dummes Gequatsch, alles durcheinander, hören Papageien sprechen, Tauben gurren, Löwen brüllen, ihren Namen rufen, die Stimme des Teufels; aus dem Wasserrohr, aus der Wand, aus dem Bett, von draußen ruft es. Gestalten sehen sie schweben, fahren in goldenen Wagen, in Eisenbahn, Schiffen. Häufig erscheinen ihnen die Gestalten Verstorbener, sprechen zu ihnen, rufen, winken.

Störungen des Gemeingefühls sind sehr ausgesprochen. Sie fühlen sich gestorben, chloroformiert, haben das Gefühl von Staub, von giftigem Zeug im Gesicht, spüren Blasen, Wärme, eine kolossale Hitze, ein Brennen am ganzen Körper. Füße und Hände sind umgebogen, sie sind verwandelt, bald dick und dünn, die Füße sind fort, verbrannt, abgehauen.

Sie glauben, alles gehe im Kreise um sie, es sei wie ein Karussell, als wären sie auf einem Schiff oder der Eisenbahn, alles sei auf Walzen. Zuweilen klagen sie direkt über Schwindelgefühl, als ob sie an einem Abhang stehen, wie wenn sie in eine tiefe Grube blicken.

Infolge dieser vielfachen und wechselnden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist die Orientierung weitgehend gestört, geht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oft völlig verloren. Die Merkfähigkeit ist sehr beeinträchtigt. Sie haben zwar eine gewisse Aufmerksamkeit auf ihre Umgebung gerichtet, aber sie verkennen diese, fassen sie falsch auf, verwechseln sie: glauben im Schloß, beim Sultan, im Garten zu sein, die Fenstervorhänge erscheinen ihnen als eine Kutsche, sie verwechseln die Personen ihrer Umgebung, belegen diese mit Namen von Verwandten.

Fast anhaltend sind sie in Erregung und Unruhe, gehen aus dem Bett, klammern sich ängstlich an, dann laufen sie plötzlich fort, verstecken sich, springen umher, schlagen Purzelbäume, kriechen unter das Bett, fahren mit den Händen umher, reiben an sich, führen monotone gleichmäßige Bewegungen aus. Dabei sprechen sie oft unaufhörlich (Logorrhöe), flüstern, singen, pfeifen, lachen, schreien abwechselnd. Sehr oft sprechen sie in Alliterationen, reimen, wiederholen die Worte, sprechen Worte nach, die sie hören (Echolalie), bilden eigentümliche Silbenzusammensetzungen, die sie andauernd wiederholen. Oft folgen die Äußerungen so schnell, unzusammenhängend, daß sie an die ideenflüchtige Sprechweise erinnern, zuweilen mischen sich hinein unverständliche Worte z. B. Blitzeblasch (pseudophasische Verwirrtheit). Durch Fragen sind sie schwer zu fixieren, geben ganz vereinzelt eine zutreffende Antwort, meist stehen ihre Antworten gar nicht im Zusammenhang mit der Frage.

Die Stimmung, welche im Beginn meist eine ängstlich gedrückte ist — nur selten ist heitere Stimmung im Beginn — wechselt später außerordentlich häufig und schnell. Eine gleichbleibende Grundstimmung ist nicht vorhanden. Angstzustände lösen Heiterkeit und freudiges Gehobensein ab, große Reizbarkeit und Zornmütigkeit wechseln mit mürrischem stumpfen, einfach abwehrendem Verhalten.

Häufig sind ekstatische und dämonomanische Stellungen: die Kranken liegen im Bett in Kruzifixstellung oder die Arme wie zum Gebet erhoben, knien mit gesenktem Kopf, stehen mit ausgebreiteten Armen, offenen oder geschlossenen Augen. Ihre Sprechweise nimmt einen theatralisch-pathetischen Ton an, sie sprechen vom Ertragen des Schmerzes, dem Unrecht, was sie getan, dazwischen singen sie in getragener Melodie vom Schloß, Königinnen, dann deklamieren sie, fauchen und brüllen plötzlich wie ein Tier, um gleich darauf zu tanzen in sonderbaren Verrenkungen.

Diese ekstatischen Anfälle können stunden-, tagelang andauern.

Sie wechseln mit ausgesprochenen Stuporzuständen und anderweitigen katatonischen Erscheinungen: Flexibilitas cerea, stereotype Haltungen und Bewegungen, Mutismus, Negativismus. Aus der stärksten Erregung heraus plötzlich, zuweilen allmählich, versinken die Kranken in einen Zustand der Bewegungs- und Regungslosigkeit. Herrscht diese vor, so scheinen, rein äußerlich betrachtet, manche Kranke wie im Schlaf zu liegen. Gewöhnlich verraten sie aber durch das Starre, Steife, Unbequeme ihrer Stellung, daß ihre Muskeln sich in einem Spannungszustande befinden. Sie haben den Kopf steif von der Bettdecke abgehoben, eine Hand, einen Arm emporgestreckt.

Das Gesicht verrät durch den Ausdruck des Ekels, des Abscheus, der Angst, selten der Verzückung, daß etwas in ihrem Innern vorgeht, welches sie bewegt. Ihre ganze Haltung erweckt den Eindruck, daß sie unter der lebhaften Wirkung eines Affektes stehen. Die Augen sind geschlossen, selten, wie bei der Verzückung, weit geöffnet, starr nach oben gerichtet. Der Mund bewegt sich oft ganz leise. Die Atmung erfolgt oberflächlich, regelmäßig, selten tief. In den Lidern häufig Blinzeln. Sprachliche Reaktionen sind nicht zu erzielen, auch nicht bei lautem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anrufen, Schütteln. Aufforderungen kommen sie nicht nach oder nur ganz langsam, zögernd, bleiben stehen bei der einmal begonnenen Bewegung. Bei passiven Bewegungen spürt man entweder gar keinen Widerstand, die Extremitäten fallen schlaff herab oder es macht sich ein lebhaftes Widerstreben geltend, welches mit starker Anspannung der Muskulatur die Bewegung zu hindern trachtet, die Lider krampfhaft schließt, die Kiefern aufeinanderpreßt. Nicht selten ist ausgesprochene wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea) vorhanden, welche gestattet, den Gliedern beliebige Stellungen zu geben, in denen sie oft lange, bis zu Stunden verharren.

Während der Untersuchung sieht man oft eine schnelle Rötung des Gesichtes auftreten, namentlich bei unerwarteten Untersuchungen. Auf Nadelstiche, auf Reize mit dem elektrischen Strom treten gar keine oder nur geringe Abwehrbewegungen ein. Auch von empfindlichen Stellen (Nasenschleimhaut, Cornea) löst Berührung keinen Reflex aus. Die Reaktionslosigkeit geht so weit, daß die Kranken Fliegen, welche an den Augen kriechen, nicht abwehren. Zuweilen kommen sie dabei automatisch befehlenden Aufforderungen nach.

Zur Regungslosigkeit und Stummheit gesellt sich oft Nahrungsverweigerung, ein Widerstreben gegen alle vorgenommenen Maßnahmen. Stuhl und Urin lassen sie unter sich. Der Speichel fließt aus dem Munde.

Diese katatonischen Hemmungen werden oft von raschen impulsiven Bewegungen unterbrochen.

Sie springen aus dem Bett, bleiben plötzlich wieder stehen, greifen nach einem in der Nähe befindlichen Gegenstand; es kommt vorübergehend zu interkurrenten Erregungszuständen: ganz plötzlich löst sich die Stummheit und sie bringen oft unter lebhaftem Affekt Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vor, welche einen Einblick in die inneren Vorgänge gestatten oder wenigstens vermuten lassen.

Diese stuporösen Zustände können langdauernde Phasen im Krankheitsverlaufe bilden. In anderen Fällen sind sie von kurzer Dauer, es kommt zu plötzlichen starrkrampfartigen Anfällen, in der Folgezeit treten diese intermittierend auf, wechseln mit Erregungen. Oder es bildet sich ein periodischer Wechsel dieser mit relativ freien Zeiten und Erregungszuständen heraus.

Von Anfang an und auch im weiteren Verlaufe haben die meisten Kranken ein unbestimmtes Krankheitsbewußtsein, welches in dem Gefühl, es sei etwas Furchtbares passiert, sie finden nicht zurecht, „alles ist verkehrt", „es ist mir nicht recht im Kopf", „die Gedanken gehen durcheinander, einer verwirrt den anderen", seinen beredten Ausdruck findet. Beachtenswert ist, daß diese Empfindung von der Verwirrtheit im Innern auch vorherrschend ist, wenn sie äußerlich ruhig erscheinen. „Immer springt und tut es hier, alles ist verstellt und verdreht, man findet keinen Weg mehr."

Das äußere Bild des Verlaufes kann sich verschieden gestalten.

Die Erregungs- und Stuporzustände bilden für sich abgeschlossen mehr oder weniger schnell hintereinander übergehende Phasen des Krankheitsbildes (FÜRSTNER, akutes halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen), auch als inkohärente Form der Amentia beschrieben.

Unter unbedeutenden vagen Prodromen, wie Kopfschmerzen, Mißmut, Verstimmung, setzt akut das erste Stadium ein: heftige, vorübergehend remittierende, halluzinatorische Erregung mit progressiv sich steigernder Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

worrenheit. In der zweiten Periode ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits die Kranken in gewissem Grade verwirren, sie zu gewaltsamen Handlungen fortreißen, andererseits nicht so vorherrschend sind, daß sie die Perzeption für äußere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluß bildet die Rekonvaleszenzperiode: entsprechend einem schnelleren oder langsameren Zessieren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Luzidität: das normale psychische Verhalten kehrt zurück. Die stupuröse Phase im Krankheitsbild kann fehlen, nach der halluzinatorischen Erregung leitet sich ohne diese Rekonvaleszenz ein.

In anderen Fällen (Erschöpfungspsychosen, Raecke) lassen sich noch weitere Stadien des Verlaufes abgrenzen.

Im Prodromalstadium herrschen allgemeine nervöse Beschwerden und Reizbarkeit. Der Ausbruch erfolgt mit schwerer Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, motorischer Erregung, wechselndem Affekt, ängstlicher Ratlosigkeit, primärer Inkohärenz und Perseveration, unterbrochen durch Remissionen.

Im dritten Stadium kommt es zur Aufhellung, wechselnd mit Verwirrtheit, Unruhe. Merkfähigkeit noch gering.

Im vierten Stadium Reizbarkeit, mißtrauisch, oft Beziehungswahn.

Im fünften Stadium Rekonvaleszenz: Orientierung kehrt wieder. Krankheitseinsicht. Amnesie ist stark.

In noch anderen Fällen treten die Sinnestäuschungen fast ganz in den Hintergrund. Es ist hier vorherrschend primäre Inkohärenz des Vorstellungsablaufes, verbunden mit Ratlosigkeit, Unorientiertheit und einer bald ängstlichen, reizbaren, gehobenen, jedenfalls oft und schnell wechselnden Stimmung. Dazwischen schieben sich Anfälle mit Schreien, eigenartigen Stellungen und Verdrehungen des Körpers, oft begleitet mit Schlagen und Singen, besonders manirierter und affektiver Sprechweise. Nicht selten treten schon in der ersten Zeit schnell vorübergehende Remissionen mit weitgehender Klarheit auf.

Sind diese Erregungszustände vorherrschend, spricht man von der **erregten oder deliriösen Amentia.**

Im Anschluß an das Klimakterium werden halluzinatorische Verwirrtheitszustände, die wesentlich unter dem Bilde der Erregung verlaufen, oder stupuröse Phasen beobachtet. Ein kurzes Prodromalstadium, dann heftige halluzinatorische Verwirrtheit, wenige Wochen anhaltend. Langsam tritt Klarheit und Genesung im Verlaufe der nächsten Wochen ein (Beyer, E. Meyer).

Auch infolge von Menstruationsvorgängen treten akut ausbrechende schwere halluzinatorische Verwirrtheitszustände mit weitgehender Bewußtseinstrübung auf. Nach Kataraktoperationen sah ich verschiedentlich ganz akut halluzinatorische Erregung ausbrechen.

Seltener ist die **stupuröse Form,** bei welcher es nach kurzem Prodromalstadium zum ausgebildeten schweren Stupor kommt. Im Beginn sind dabei zuweilen sehr ausgesprochene schwere hypochondrische Empfindungen (das Gehirn zittert, das Herz schlägt nicht mehr, das Gehirn, die Gehirnschale, das Herz sind fort). Diese wechseln mit melancholischen Vorstellungen (unwürdige Sünderin). Der Stupor erreicht dann in der Regel nach einer ganz kurz dauernden Erregung seine höchsten Grade. Die Genesung leitet sich langsam ein. Auch hier kommt es zu vorübergehenden kurzen Aufhellungen des Bewußtseins, besonders im Beginn und bei der Einleitung der Rekonvaleszenz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu dieser stuporösen Form rechnet auch wohl ein Teil der Fälle, welche als Stupidität (Dementia acuta), als primärer Stupor, als akute heilbare Demenz, als primäre Demenz, als Anoia (JOLLY) beschrieben sind.

Körperliche Störungen begleiten alle diese verschiedenen Variationen. Am ausgesprochensten ist der allgemeine Kräfteverfall, der sich in einem erheblichen Sinken des Körpergewichts ausdrückt. Abnahmen bis auf die Hälfte des ursprünglichen Gewichts kommen vor. Gefühl von Mattigkeit, Hinfälligkeit ist oft ausgeprägt. In Anämie, Herzschwäche gibt sich die mangelhafte Ernährung kund. Appetitlosigkeit erschwert die Nahrungsaufnahme sehr. Vollkommene Nahrungsverweigerung erzeugt starken Foetor ex ore. Menstruationsstörungen sind häufig: Ausbleiben der Menses im Beginn und Wiederauftreten in der Besserung.

Schlaflosigkeit ist sehr hartnäckig. Dabei Gefühl von Schwindel, Kopfschmerzen, Kongestionen, starkes Schwitzen. Tremor, Steigerung der Reflexe, vasomotorisches Nachröten, fliegende Röte am Hals und im Gesicht treten auf. Bei schweren stupurösen Erscheinungen kommt es zu Zirkulationsstörungen, Ödemen, Dekubitus.

Die Temperatur sinkt in diesen stupurösen Zuständen oft unter die Norm, im Beginn und weiterhin sind Steigerungen bemerkbar, für deren Vorhandensein der körperliche Zustand zuweilen keine ausreichende Erklärung abgibt. Einige Male sah ich, namentlich im Beginn und auf der Höhe der Verwirrtheit, ausgesprochene epileptische Anfälle, ohne daß eine Vergiftung (Blei, Alkohol) diese veranlaßt hatte.

Die Erinnerung, im großen und ganzen der Bewußtseinsintensität entsprechend, zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten. Sie ist um so vollständiger, je mehr die Verwirrtheit durch inhaltliche Störungen der Empfindungen und Vorstellungen bedingt ist, meist dann am besten, wenn Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen eine gewisse Ordnung und Zusammenhang erkennen lassen. Sie ist um so lückenhafter, je mehr die Inkohärenz der Vorstellungen vorherrscht.

Für die Prüfung der bei der vorliegenden Erkrankung in Betracht kommenden Bewußtseinsstörungen mit ihren Begleiterscheinungen empfiehlt sich als praktisch die von HEILBRONNER angewandte Benennungsmethode, bei der die Zahl der zu überstehenden Partialeindrücke möglichst verringert wird. Es werden einfache Zeichnungen hergestellt, die im Beginn noch vieldeutig, allmählich durch Zufügung charakterisierender Einzelheiten eindeutig gemacht werden (z. B. Zeichnungen von Lampe, Baum, Kirche usw.).

Es ist schwierig, eine befriedigende Erklärung für alle bei der Amentia auftretenden Erscheinungen zu geben. Am nächsten liegt es, diese auf den psychischen Erregungszustand der akut einsetzenden Geistesstörung zurückzuführen und anzunehmen, daß dieser die motorischen Zentralapparate hemmend oder reizend beeinflußt.

Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und äußeres Verhalten, ganz gleich, ob dieses sich in Erregung oder Hemmung unter den Erscheinungen des Stupors kundgibt, stehen ohne weiteres nicht in ursächlichem Zusammenhang, derartig, daß das Benehmen ausschließlich als Reaktion auf die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen aufzufassen ist. Häufig sind alle diese Symptome koordiniert als Ausdruck der bestehenden Gehirnkrankheit anzusehen, ohne direkt voneinander abhängig zu sein.

Wie jedoch die nachträglichen Erhebungen bei den Kranken, welche darüber Rechenschaft ablegen und ausführliche Angaben über Empfindungen und Vorstellungen, die sie beherrschen, machen können, ergeben, kennzeichnen sich die verschiedenen Stimmungen, die Verwirrtheit mit ihrem wechselnden, bald erregten, bald stupurösen Benehmen nicht selten als Ausfluß ganz bestimmter Wahnvorstellungen, Illusionen und Halluzinationen. So gibt eine Kranke als Erklärung für ihr regungsloses Verhalten im Stupor an, sie habe Totenköpfe im Kopfkissen gesehen, das Bett für einen Sarg gehalten, sie habe geglaubt, die Eltern wären tot, sie habe Kleider von ihnen an und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bereite beim Wechseln dieser den Eltern Schmerzen, sie habe sich nicht bewegt, weil sie dachte, man wolle nur sehen, ob sie nach ihrem Vater schlage.

Eine andere Kranke lag regungslos und steif, weil sie glaubte, am Kopfende läge eine zusammengerollte Schlange. Die Nahrungsverweigerung erklärte sie durch unangenehme Empfindung: sie glaubte, das Essen könne den Schlund nicht passieren. Das verzückte nach oben Schauen führte eine andere Kranke auf Sinnestäuschungen zurück, sie sah Gott und die Engel. Stumm war sie, weil Gott ihr verboten, zu sprechen, damit sie gereinigt und geheiligt werde. Die Stimme und ein Zwang hätten sie gebunden.

Durch Bewegung glaubte eine andere Kranke, sich und anderen Unglück zu bringen, daher liegt sie still.

Der spätere Zustand vieler Kranken, welche keine Rechenschaft über ihr Verhalten abzulegen vermögen, verhindert oft einen hinreichenden Einblick in die stattgehabten Vorgänge. Wo dieses angängig, lassen sich derartige Angaben ungezwungen als Erklärungen für das Sonderbare im Benehmen verwerten.

Der Stupor ist bei diesen Kranken in erster Linie bedingt durch den Inhalt der Empfindungen und Vorstellungen, nicht durch primäre Hemmung.

Prognose.

Die Dauer der Amentia ist eine sehr verschiedene. Bei Menstruationsvorgängen, im Klimakterium, Puerperium sehen wir oft die Krankheit in wenigen Tagen bis Wochen abklingen, meist beansprucht sie einen Zeitraum von mehreren Monaten (6—9). Vereinzelt nimmt der Verlauf ein Jahr und noch länger in Anspruch. Noch nach Jahren ist Heilung zu beobachten.

Ein Zusammenhang zwischen dem Grad der hereditären Belastung und dem Verlauf existiert nicht. Jedenfalls gelangen schwer Belastete gerade so gut zur Heilung, als Fälle ohne solche. Auch angeborene geistige Schwäche braucht keinen üblen Ausgang im Gefolge zu haben. Quoad vitam ist die Prognose in den meisten Fällen ernst: Selbstmorde, besonders im Beginn, sind nicht selten. Ein Teil der Kranken geht infolge der anhaltenden hochgradigen Erregung, Schlaflosigkeit, der totalen Abstinenz und der daraus resultierenden ungenügenden Ernährung in verhältnismäßig kurzer Zeit zugrunde. Somatische Krankheitsprozesse bringen den Tod: Herzinsuffizienz, Phlegmone, Erysipel (infolge von Verletzungen), Pneumonie, Tuberkulose, Fettembolie.

Schnell sich entwickelnder Stupor im Beginn ist nicht ungünstig.

Die Fälle, wo sich die Verwirrtheit schnell zu hohen Graden steigert, dem Bild des Delirium acutum ähnlich, sind am ungünstigsten.

Bei einzelnen Fällen bildet sich ein periodischer Verlauf heraus (besonders oft bei der Verwirrtheit im Anschluß an menstruelle Vorgänge).

Im ganzen ist nur bei einem Drittel der Fälle auf günstigen Ausgang zu rechnen. Ein großer Teil endet tödlich. Ein anderer Teil geht in chronischen Erregungszustand über mit zunehmender Verblödung. Katatonische Erscheinungen lassen keine absolut ungünstige Prognose stellen.

Differentialdiagnose.

Die akute halluzinatorische Verwirrtheit ist vom Kollapsdelirium nicht zu unterscheiden. Auch in der Kürze des Verlaufs liegt kein unterscheidendes Merkmal.

Bei der Trennung von der Manie und Melancholie wird der Nachdruck auf die anhaltende Veränderung der Gemütslage, auf die Stetigkeit der Affekte zu legen sein, welche diese beiden Erkrankungen auszeichnen. Bei der Amentia ist ein beständiger Wechsel der Affekte. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verwirrtheit erreicht bei der Manie außerordentlich selten so hohe Grade, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen sind selten so zahlreich als bei der Amentia. Bei der Melancholie stehen die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen in inniger Beziehung zur Grundstimmung.

Vor Verwechslung mit Verwirrtheitszuständen auf epileptischer Basis wird die Vorgeschichte, der Nachweis epileptischer Antezedentien schützen müssen. In der Ideenflucht liegt jedenfalls kein Unterscheidungsmerkmal, diese sind auch den epileptischen Verwirrtheitszuständen eigen.

Die Paralyse verlangt den Nachweis körperlicher Symptome.

Bei der Unterscheidung von Katatonie wird der Nachdruck zu legen sein auf das Eintönige, Gebundene, Zerfahrene, welches dieser Erkrankung oft von vornherein anhaftet. Traumhafte Verwirrtheit, Fehlen katatonischer Symptome werden zunächst an Amentia denken lassen.

Zuweilen kann die Amentia dem KORSAKOFFschen Symptomenkomplex ähnlich sein. Die äußere Ursache (KORSAKOFFscher Symptomenkomplex kommt am häufigsten auf dem Boden des Alkoholismus vor), der weitere Verlauf (beim KORSAKOFF herrscht der Ausfall des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit vor) werden bei der Unterscheidung verwertet werden können.

Die Unterscheidung von der akuten Paranoia wird große Schwierigkeiten bereiten (siehe dort Differentialdiagnose). Gruppierung der Wahnvorstellungen zu einem System und das Fehlen der anhaltenden traumhaften Verwirrtheit wird für Paranoia sprechen. An und für sich ist die akute Paranoia sehr viel seltener.

Therapie.

Die schnell sich steigernde Erregung und Verwirrtheit gestatten eine Behandlung in häuslichen Verhältnissen in den seltensten Fällen.

Von vornherein ist eine sorgfältige Bewachung der Kranken erforderlich. Zur Erzielung dieser und zur Bekämpfung der Erregung leistet Bettbehandlung gute Dienste.

Hydrotherapeutische Maßnahmen sind möglichst früh vorzunehmen: protrahierte warme Bäder, auf Stunden, Tage fortgesetzt, kühle Übergießungen, Einpackungen, Abreibungen.

Bei heftigen Erregungen, aggressivem Verhalten ist zur Beruhigung eine Isolierung unter der nötigen Bewachung sehr von Nutzen.

Auf den Ernährungszustand ist die größte Sorgfalt zu legen. Mit Anwendung der Schlundsonde, wenn Nährklistiere versagen oder nicht ausreichend sind, ist bei Nahrungsverweigerung nicht zu lange zu zögern. Wiederholte Kochsalzinfusionen (zwei- bis dreimal täglich) sind von hervorragendem Nutzen dabei.

Von Schlafmitteln bieten Trional (1,0—2,0), Veronal (0,25—1,0), Amylenhydrat (2,0—4,0), Dial (0,2) gute Dienste.

Forensische Bedeutung.

Bei der heftigen Erregung und Verwirrtheit, in welcher sich die Kranken meist im Beginn befinden, kommt es zuweilen zu Strafhandlungen, wie Körperverletzung, Totschlag. Häufig sind derartige Delikte nicht, da in der Regel die Erkrankung mit dem akuten Ausbruch eine schleunige Unterbringung erfordert. Zu Anträgen auf Entmündigung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommt es bei der verhältnismäßig kurzen Dauer der Erkrankung selten. Während der ausgebildeten Erkrankung ist wohl immer Geisteskrankheit im Sinne des § 6 BGB. als vorliegend anzusehen.

Literatur.

Bartel, Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. I.-D., Berlin 1887.
Bangh, L. D. H., Some observations on confusional insanity. Brit. med. Journ. II, S. 949, 1905.
Berger, Über einen Fall von akuter Psychose nach Kataraktoperation. I.-D., Kiel 1905.
Beyer, Ernst, Über eine Form der akuten Verworrenheit im klimakterischen Alter. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 1.
Bierschenk, F., Zur Frage des halluzinat. Wahnsinns. I.-D., Gießen 1904.
Binswanger, Über die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1897.
Brenneski, Joh., Zur Symptomatologie und Diagnose der Amentia. I.-D., Kiel 1912.
Briggs, Vernon, Autointoxication asa cause of mental disease. The Alien. and Neur., Nr. 3, S. 281.
Briese, Fr., Zur Lehre von den durch Insolation entstehenden Psychosen. I.-D. Kiel 1912.
Bonhoeffer, Über psychische Störungen bei anämischen Prozessen. Berl. klin. Wochenschrift 1911, S. 52.
Cattani, Emil, Zur Differentialdiagnose der Paranoia acuta von der akuten Verwirrtheit und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn. I.-D., Bern 1896.
Cole, H., The prevention of postoperativ gynaekol. Psychose. Journ. of the Americ. Med. Assoc., Vol. LVIII, Nr. 3, S. 102.
Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
Csordás, Elmiro, Amentia. Elme- és idegkortán, Nr. 4, 1909.
Drapes, Th., A case of acute hallucinatory insanity of traumatic origin. The Journ. of ment. Sc., Vol. L., S. 478.
David, W., Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. I.-D., Kiel 1905.
Foerster, R., Zur Kasuistik der kombinierten Morphio-Cocain-Psychose. I.-D., Kiel 1904.
Fuchs, A., Zur Frage nach der Bedeutung der Remissionen im Verlaufe einzelner Formen von akuten Psychosen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., 1902.
Gluszezewsky, Die akute halluzinatorische Verwirrtheit als Initialstadium der Melancholie. I.-D., Marburg 1902.
Häffner, Richard, Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund der Literatur u. klin. Studien. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych., Bd. IX, S. 154.
Hudouernig, Ein geheilter Fall von Autointoxikationspsychose. Oroversi Hetilap. 1911, 55, S. 325.
Heilbronner, Zur klinisch-psychologischen Untersuchungstechnik. Monatsschr. f. Psych., XVII. Bd., H. 2.
Hoche, A., Akutes halluzinatorisches Irresein. Amentia. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.
Hustedde, Franz, Erschöpfungsdelirien bei perniziöser Anämie. I.-D., Kiel 1913.
Jahrmärker, Zur Frage der Amentia. Zentralbl. f. Nervenheilk., N. F., Bd. XVIII, S. 588.
Jolly, Diskussion im Referat Cramer: Abgrenzung der Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI, 1895.
Kellermann, Ein Fall von akuter Verwirrtheit bei Anämie. I.-D., Kiel 1904.
König, H., Zur Klinik des menstruellen Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1912, Nr. 35, S. 1645.
Koch, Hans, Psychosen bei Karzinomkachexie. I.-D., Kiel 1912.
v. Krafft-Ebing, Psychosis menstrualis. Eine klinische forensische Studie. Stuttgart 1902.
Krause, Über Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginn und Verlauf der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. I, H. 5.
Lapinsky, M., Über Psychosen nach Augenoperationen. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, H. 5, S. 665.
Marx, G., Über das Vorkommen und die Bedeutung katatonischer Erscheinungen bei Amentia. I.-D., Kiel 1909.
Meehan, J. W., An interesting case of confusional insanity. The Journ. of the Amer. med. Assoc., Vol. LVI, Nr. 3, S. 179.
Meyer, Ernst, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 32, 1902.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Derselbe, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXII, S. 780.
MITSUOKA, Z., Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose, zugleich über Psychosen nach gynäkologischen Operationen. I.-D., München 1912.
PAILHAS, B., Dédoublement de la personalité à la suite d'hémorrhagie. L'Enc. 3. Ann., Nr. 2, S. 139, 1907.
PICKETT, W., Mental Symptomes associated with pernicious Anaemia. The Am. Journ. of the med. Sc., CXXVII, S. 1032.
PILCZ, Beiträge zur Klinik der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych., Bd. XIV, S. 344.
PRITCHARD, W., Delirium grave. A crit. study with report of case of Autopsy. The Journ. of med. and ment. Dis., Vol. 31, S. 162.
POBIEDIN, Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59, S. 481.
POGGEMANN, AUG., Beitrag zur Lehre von der Amentia cum stupore. I.-D., Kiel 1912.
RAECKE, Über Erschöpfungspsychosen, Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII.
Derselbe, Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XI, H. 1.
REMSTEDT, H., Über einen Fall von Amentia auf dem Boden geistiger und körperlicher Erschöpfung. I.-D., Kiel 1910.
REUTER, Beiträge zur Kasuistik der Psychosen bei Katarakt. Beil. Sem. is idegkörten Nr. 1 des Orvosi Hetilap Nr. 45.
ROBIN, A., Les psychoses d'origin digestive. Intern. Beiträge zur Pathol. u. Therapie von Ernährungsstörungen, 1910, Bd. 2, H. 1.
SCHMITZ, Über Psychosen bei Herzfehlern. I.-D., Kiel 1902.
SEIFFER, W., Die Geschichte der Stupidität (Dementia acuta), Charité-Annalen, XXX. Jahrg.
SELBERG, Über postoperative Psychosen. Beil. z. klin. Chir., Bd. XLIV, 1. H., 1904.
SIEMERLING, Über Menstruationspsychosen und ihre forensische Bedeutung. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62.
SIEMERLING, E., Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik, VI, Bd. 2.
STERN, FELIX, Beitrage zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Arch. f. Psych., Bd. L, H. 3.
STODDARD, W. H. B., A theory of the toxic and exhaustion psychoses. The Journ. of ment. sc., Vol. LVI, S. 418.
STRANSKY, Zur Lehre von der Amentia. Wien. med. Wochenschr., 1905, Nr. 1 und Zentralbl. f. Nervenheilk., N. F., Bd. XVIII, S. 809 und Journ. f. Psych. u. Neurol., Bd. IV, H. 4, S. 158 u. Bd. V, H. 1, S. 18 u. Bd. VI, S. 37.
STROEMER, ALFR., Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. I.-D., Kiel 1912.
STROHMEYER, Zur klinisch. Diagnose und Prognose der Amentia. Monatsschr. f. Psych., Bd. XIX, S, 417 u. Habilitationsschr. Jena. — Berlin, S. Karger, 1906.
VITEK, Zur Pathogenese des ak. halluz. Wahnsinns. Ber. über den IV. Kongr. tschechisch. Naturf. u. Ärzte 1908.
WEBER, Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1903.
WEIK, H., Über Psychosen nach Augenoperationen. I.-D., Tübingen 1901.
WESTPHAL, A., Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen, insbesondere über aphasische, agnostische und apraktische Störungen bei denselben, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Gedächtnisses. Arch. f. Psych., Bd. 47, S. 213 u. 843.
ZIEHEN, Über die Affektstörung der „Ergriffenheit" bei akuten Psychosen.
ZWEIG, Zur Lehre von der Amentia. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, H. 5, S. 709.

Graviditäts- und Puerperalpsychosen.

Aus praktischen und didaktischen Gründen erfolgt hier eine zusammenfassende Besprechung dieser Psychosen.

Von alters her haben die Psychosen im Zusammenhang mit den physiologischen Prozessen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Frau eine hohe Bedeutung beansprucht. Die große Rolle, welche Menstruation, Gravidität, Puerperium und Laktation beim Zustandekommen psychischer Störungen spielen, drückt sich schon in der üblichen Trennung und Bezeichnung der Psychosen nach diesem rein äußerlichen und zeitlichen Zusammenhang aus.

Ganz besonders sind es die Vorgänge vor, bei und nach der Geburt, die wegen der Häufigkeit und Eigenart mannigfacher bei ihnen vorkommenden Psychosen die Aufmerksamkeit erregten.

„Sowohl Wahnsinn als Tobsucht und Narrheit kann die Wöchnerin so gut und so leicht befallen, als sie vom Schlagfluß, Konvulsionen und Epilepsie heimgesucht werden kann", äußert sich SCHNEIDER in seiner Abhandlung über Malaria lactea in NASSES Zeitschrift für Anthropologie 1823. Mania puerperalis bleibt lange Zeit die Benennung für die im Puerperium vorkommenden psychischen Störungen mit dem Charakter der Erregung. Es ist FÜRSTNERS Verdienst, 1894 zuerst darauf hingewiesen zu haben, daß ein großer Teil der Wochenbettpsychosen nicht unter dem Bilde der Manie verläuft, sondern unter Erscheinungen des akuten halluzinatorischen Irreseins.

Häufigkeit. Ursachen.

Unter den Psychosen beim weiblichen Geschlecht nehmen nach umfassenden Zusammenstellungen früherer Beobachtungen die Schwangerschaftspsychosen 3,1%, die Puerperalpsychosen 9,8%, die Laktationspsychosen 4,9% ein. Ich beobachtete diese in 2,2—4,8%.

Die Zahl der Puerperalpsychosen ist im ganzen geringer geworden.

Die fortschreitende Besserung der sanitären Verhältnisse im Hebammenwesen, die bessere Schulung des geburtshilflichen Personals können ohne weiteres als Erklärung für die Abnahme der Wochenbettpsychosen herangezogen werden.

Auf die einzelnen Abschnitte entfallen: **86% Puerperal-, 10% Laktations-, 3% Graviditätspsychosen.**

Die von OLSHAUSEN vorgeschlagene Einteilung trennt die Puerperalpsychosen in Infektions-, idiopathische und Intoxikationspsychosen.

Eine eigentliche Ursache für das Zustandekommen der Wochenbettpsychosen kennen wir nicht. — Wir können nur eine Reihe von äußeren Schädlichkeiten anführen, bei deren Vorhandensein uns das Auftreten der Psychose erklärlich erscheint.

Erblichkeit spielt keine große Rolle. Schwere und Leichtigkeit der Entbindung sind ohne besonderen Einfluß. In 7,2% war nach meinen Zusammenstellungen die Entbindung schwer, die durch Zange, Operation, Wendung usw. beendigt werden mußte. Bedeutungsvoller ist die Entbindung, welche mit Blutverlusten, Anämie, großer Erschöpfung, schlechter Ernährung einhergeht (16%).

Die hohe Bedeutung der **Infektion** ist schon lange hervorgehoben (1828). BERNDT unterscheidet schon die bei Endometritis, Phlebitis vorkommenden symptomatischen Psychosen von den Puerperalpsychosen im engeren Sinne. Dieses Moment hat große Bedeutung.

In 24% fand ich Infektion, wichtig ist ferner die **Eklampsie** (16%). Dazu gesellen sich noch 8%, bei denen sich eine anderweitige fieberhafte Erkrankung findet (Herzfehler, Nephritis, Gelenkrheumatismus, Typhus usw.).

Diesen Zahlen gegenüber treten die psychischen Momente (Sorgen, Aufregung, Angst vor Entbindung, Gewissensbisse, Furcht vor Schande)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit 4,3% sehr zurück. Auch Familienstand und Lebensstellung der Frauen fallen nicht besonders ins Gewicht. Die Angehörigen der unteren Stände scheinen besonders häufig von Generationspsychosen befallen. Die unehelich Geschwängerten überwiegen keinesfalls (74,7% Verheiratete, 23,8 Ledige). Frühere Geisteskrankheiten sind nicht selten.

Bei der Abschätzung aller dieser Momente ist zu bemerken, daß sie sich auf dem durch Gravidität, Puerperium, Laktation besonders vorbereiteten Boden abspielen.

Erstgebärende stellen das größte Kontingent mit 40%, Zweit- und Drittgebärende mit 13 resp. 15%. Dann sinkt schnell die Zahl, vereinzelt bricht die Erkrankung noch in der 8. bis 14. Entbindung aus. Rezidive sind nicht häufig. Dabei kann die Form der Psychose wechselnd sein.

Die meisten Erkrankungen fallen in den Zeitraum vom 21.—25. und 26.—30. Lebensjahr, nämlich 33% und 23%.

Die einzelnen Generationsvorgänge.

Gravidität.

Schwangerschaft, Geburtsakt, Wochenbett und Säugungsperiode üben ihre Rückwirkung auf den ganzen Organismus aus, ändern die Zirkulation und den gesamten Stoffwechsel. Bei geeigneter Disposition kann es zu vielfachen nervös-psychischen Schwangerschaftsbeschwerden kommen: Erbrechen, vasomotorische Störungen, Kopfschmerzen, Schwindelzustände, neuralgische Schmerzen, Kreuzschmerzen, Speichelfluß, Angstgefühle, Ohnmachtsanwandlungen, leichte Charakterveränderungen, perverse Gelüste und Appetite nach gewissen Nahrungs- und Genußmitteln, selbst nach ungenießbaren Dingen. Diese nervösen Beschwerden sind meist nur vorübergehender Natur, erfahren beim Fortschreiten der Schwangerschaft eine Besserung und Rückbildung.

Die eigentlichen Schwangerschaftspsychosen beginnen meist in der zweiten Hälfte der Gravidität, während die leicht nervösen Störungen oft schon in der ersten Hälfte zur Beobachtung kommen. Von psychischen Störungen werden relativ häufig Erstgebärende befallen. Die Depressionszustände, Melancholien, Katatonien überwiegen. Besondere Erwähnung verdient die Chorea gravidarum (s. u.).

Geburt.

Die Geburt kann die unmittelbare Ursache einer Psychose, einer schnell vorübergehenden transitorischen Geistesstörung werden.

Das Vorkommen einer Ohnmacht infolge starker anhaltender Schmerzen ist selten beobachtet, so sah SAEXINGER unter 12 215 Geburten einen Ohnmachtszustand nur einmal, SARWEY unter 10 000 Geburten der Tübinger Klinik in 25 Jahren nur einmal.

Das Auftreten von Delirien, Verwirrtheits- und Tobsuchtszuständen allein infolge des Geburtsschmerzes und der Aufregung bei sonst gesunden Frauen ist als ein äußerst seltenes Vorkommen nach den neuesten Beobachtungen anzusehen. Ältere Beobachtungen stammen von JÖRG, und MARCÉ, neuere von WEISSKORN, ROUSTAN, DÖRFLER, DEBUS, SARWEY, SIGWART, KUTZINSKI, KÖNIG, KIRCHBERG.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oft erklärt sich das Zustandekommen dieser Zustände durch das Vorliegen einer anderweitigen Erkrankung (Epilepsie, Hysterie, Imbezillität, psychopathische Veranlagung), zum Teil beruhen sie auf den körperlichen und psychischen Bedingungen während der Geburt (Blutdruckverhältnisse, vielfach psychische Aufregungen, vorzüglich bei unehelich Geschwängerten, veränderte Affektlage der Gebärenden).

Die plötzlich auftretenden Verwirrtheitszustände verlaufen unter dem Bilde von Delirien. Bewußtsein, Orientierung und Auffassung wird gestört. Es tritt lebhafte Erregung mit Schreien und Neigung zu Gewalttätigkeiten, zu impulsiven Handlungen (Wut der Gebärenden) auf, besonders gegen die Kinder, wobei es zu ihrer Tötung kommen kann, seltener mit Selbstmordversuchen.

Wochenbett.

Die Infektion an leichteren oder schwereren fieberhaften Affektionen der Genitalien ist am häufigsten als ursächliches Moment für den Ausbruch der Psychosen nachgewiesen. Der günstigste Termin für den Beginn der Erkrankung liegt in der ersten Woche. Über die Hälfte aller Puerperalpsychosen entwickelt sich in der ersten Woche nach der Entbindung, über 60% der Erkrankungen nehmen in den ersten 14 Tagen ihren Anfang. Die Erstgebärenden sind stärker vertreten als die Mehrgebärenden. Das Alter bis zu 30 Jahren wird bei weitem am meisten betroffen.

Amentia, Delirien, Katatonie, Depressionszustände sind am häufigsten.

Laktation.

Nach allgemeinem Gebrauch ist die Laktation von der Geburt durch einen Zeitraum von sechs Wochen getrennt. Die günstigste Zeit für den Ausbruch der Psychosen liegt im dritten bis fünften Monat. Am häufigsten ist die Katatonie, dann die Melancholie, die Amentia. Vereinzelt kommt es zur Bildung einer akuten Paranoia: Laktationseifersuchtswahn.

Art und Vorkommen der psychischen Störungen.

Eine spezifische puerperale Psychose gibt es nicht, ebensowenig eine spezifische Laktations- und Graviditätspsychose.

Die von Olshausen vorgeschlagene Einteilung trennt die Puerperalpsychosen in Infektions-, idiopathische und Intoxikationspsychosen. Diese Einteilung wird nicht allen Formen gerecht.

Wir bezeichnen als symptomatische Psychosen solche geistige Störungen, die infolge einer durch Gravidität, Geburt, Puerperium, Laktation gesetzten Schädigung, einer Infektion, Intoxikation oder einer Erschöpfung entstehen. Zu ihnen rechnen wir die Amentia, Delirien, Chorea und Eklampsiepsychosen. Als idiopathische Psychosen gelten die Störungen, deren Entstehung auf andere außerhalb der Generationsvorgänge liegende Ursachen zurückzuführen ist. Hierzu rechnen die Katatonie, Melancholie, Manie, die zirkulären Formen, die Hysterie- und Epilepsiepsychosen, die Paranoia, Paralyse, Imbezillität.

Wiederholungen derart, daß die Psychose in dem einen oder anderen Abschnitt des Generationsvorganges rezidiviert, sind nicht häufig. Die Form der Psychose ist dann keineswegs die gleiche, so sah ich Melan-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cholie mit halluzinatorischer Verwirrtheit abwechseln. Am häufigsten sah ich Wiederholungen in der Laktationsperiode auftreten; einmal wurde halluzinatorische Verwirrtheit in der Laktation nach der 3., 5. und 7. Entbindung beobachtet. Jedesmal verlief die Erkrankung günstig.

Wir beginnen mit den symptomatischen Psychosen.

Die Hauptgruppe repräsentiert **das akute halluzinatorische Irresein oder die akute halluzinatorische Verwirrtheit.**

Einzelne Autoren haben unter den Wochenbettpsychosen der Katatonie einen erheblich größeren Anteil zuschreiben wollen, als es sonst zu geschehen pflegt.

Wenn ich absehe von dem Tübinger Material, unter welchen bei 51 Fällen 14 (27%) als zur Katatonie gehörig von E. MEYER gerechnet werden, mich beschränke auf die Berliner Fälle, dann ist die Katatonie mit kaum 2% vertreten. Sehen wir ganz ab von dem subjektiven Moment, was bei der Stellung dieser Diagnose nicht gut zu eliminieren ist, dann könnte man daran denken, in der erwähnten Verschiedenartigkeit der Provenienz des Materials, das eine Mal aus der großen Stadt, das andere Mal aus ländlichem Bezirke eine Erklärung für diesen Unterschied in der Verlaufsweise zu finden. Ob diese Vermutung zutreffend ist, dürfte schwer zu beweisen sein. Das ist keine Frage, daß unter dem Tübinger Material auffallend häufig Fälle zur Beobachtung kamen, welche sich der Katatonie einreihen ließen.

Auf der anderen Seite erscheint es mir nicht gerechtfertigt, aus dem gelegentlichen Auftreten katotaner Erscheinungen, wie sie namentlich bei allen akuten Psychosen sehr häufig sind, die Fälle ohne weiteres der Katatonie zuzuzählen. Jedenfalls ist für die prognostische Beurteilung des Falles nichts damit gewonnen, da die katatonischen Erscheinungen noch lange kein ausreichendes Kriterium bilden, um eine sichere Prognose zu stellen, jedenfalls nicht ohne weiteres die Prognose verschlechtern. Wir werden hören, daß über die Hälfte der Puerperalpsychosen in Genesung ausgeht.

Die Schilderung der Symptome und des Verlaufes der halluzinatorischen Verwirrtheit ist im Abschnitt Amentia gegeben.

Die Dauer des Verlaufes ist sehr verschieden. Es gibt Fälle, die in wenigen Wochen (4—5 Wochen) günstig ablaufen. Im Durchschnitt braucht die Erkrankung einen Zeitraum von 3—4 Monaten. Länger dauernde klingen in 6—10 Monaten ab. Drei Viertel der Fälle gelangen zur Genesung. Die Zahl der Todesfälle ist gering (3%); letal enden meist die Fälle, in denen sich schwere septische Erscheinungen einstellen.

Die Delirien sehen wir meist entstehen auf dem Boden der schweren puerperalen Infektion, zuweilen nach Blutverlusten, beim Ausbruch einer Mastitis oder einer anderweitigen fieberhaften Erkrankung. Befallen werden am häufigsten erblich belastete, nervös psychopathische Individuen.

Die Prognose ist ganz von dem zugrunde liegenden Leiden abhängig. Herzschwäche, die Begleiterscheinungen der Sepsis, wie Phlegmone, Abszesse, Fettembolie gefährden das Leben. Im günstigen Falle ist Heilung in Stunden, Tagen, seltener in Wochen zu erwarten. In schweren Fällen steigern sich die Delirien zu den Erscheinungen des sogenannten Delirium acutum.

Die **Chorea gravidarum** ist mit der gewöhnlichen Chorea minor identisch. Auch die Chorea gravidarum verdankt ihre Entstehung einem infektiösen Vorgang. Viele Fälle von Chorea gravidarum haben schon in der Jugend eine Chorea minor durchgemacht. In manchen Fällen sind psychische Erregungen anzuschuldigen; starke Schreckwirkung.

In der Dissertation KRONER (Berlin 1896) sind 151 Fälle zusammengestellt, FRANK (Kiel 1904) fügt diesen 31 weitere Fälle hinzu. In vier von mir beobachteten Fällen brach einmal die Chorea vier Wochen vor der Entbindung aus mit heftigster Erregtheit, Verwirrtheit, Halluzinationen. Drei endeten letal. Im 4. Falle, wo die Chorea mit 10 Jahren bestand, trat während der Gravidität ein, die mit der Entbindung nachließ. Im ganzen verläuft die Chorea gravidarum schwerer, als die Chorea minor und hat häufiger schwere Psychosen im Gefolge. Häufig sind schwere akut einsetzende Fälle beobachtet, die zum Abort oder zum Tode

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Frucht führten und auch das Leben der Schwangeren gefährdeten. Der Ausbruch der Chorea erfolgt meist in der ersten Hälfte der Gravidität, die meisten Fälle weist der vierte Monat auf. Bevorzugt ist das Alter von 18—23 Jahren. Erstgebärende herrschen vor. Die Chorea rezidiviert oft in den verschiedenen Graviditäten; die in einer späteren Gravidität rezidivierende Chorea tritt oft stärker auf.

Die **Psychosen,** welche wir bei der **Chorea gravidarum** beobachten, sind die gleichen wie bei der Chorea minor und den Infektionspsychosen. Von den leichteren Formen führen alle möglichen Übergänge zu den schweren, in welchen wir Delirium- oder amentiaartige Bilder haben, mit den dort geschilderten Symptomen. Der Höhepunkt der Psychose fällt keineswegs immer zusammen mit der größten Intensität der Zuckungen. Mit dem Aufhören der Zuckungen erlischt nicht immer die Psychose. Diese kann sich längere Zeit noch fortsetzen.

Die Prognose ist meist zweifelhaft, wenn nicht ernst. Die Erkrankung weist eine hohe Mortalitätsziffer auf; 17—25%, nach Franks Zusammenstellung 23,6%.

Die Neigung zu Rezidiven ist zu berücksichtigen. Besonders günstig sollen die Fälle sein, in denen die Jugendchorea voerherging, ungünstig die, bei denen schon in früheren Graviditäten Chorea aufgetreten war, die mit hohem Fieber einhergehen, bei denen die Bewegungen im Schlafe nicht zessieren, schwere Psychosen vorliegen und Komplikationen mit Ernährungsstörungen und Anaemie. Höheres Alter soll die Prognose auch ungünstig beeinflussen.

In seltenen Fällen kommt es im Verlaufe einer puerperalen Infektion zur Entstehung einer Chorea. Die Chorea ist hier als Ausdruck der allgemeinen schweren Sepsis aufzufassen. Sie erreicht den höchsten Grad: es kommt zu heftigen Jaktationen des ganzen Körpers. Alle Fälle von Chorea puerperalis, welche ich gesehen habe, endeten letal. Bei der Sektion fanden sich Endokarditis, Perikarditis, Myokarditis, Nephritis, in einem Falle ein Erweichungsherd in der Brücke.

Das Zustandekommen der **Eklampsie** wird auf eine plazentare Autointoxikation zurückgeführt. An die eklamptischen Anfälle schließt sich oft ein kurzdauerndes soporöses Stadium ohne stärkere Erregung und Verwirrtheit.

Die Psychose entwickelt sich entweder im engen Anschluß an den Anfall oder an eine Serie von Anfällen, oder folgt einem soporösen Stadium. Zuweilen tritt nach den Krämpfen eine bis zwei Tage währende Luzidität auf und die Psychose bricht erst nach dieser auf. Ein periodisch gehäuftes Auftreten von Eklampsiepsychosen ist beobachtet, von anderer Seite wird dieses in Abrede gestellt. Die Erstgebärenden werden häufiger von Eklampsie befallen. In der überwiegenden Zahl von Fällen (unter 45 von mir beobachteten bei 32 Fällen) kommt es zu einem kurzen auf Tage (1—14 Tage) sich erstreckenden Delirium oder einer halluzinatorischen Verwirrtheit. Der Verlauf ist meist fieberfrei. Halluzinationen des Gesichts, Gehörs, Geruchs und des Tastgefühls sind zahlreich vorhanden. Starke Erregung mit Verwirrtheit herrscht vor. Das aggressive Verhalten tritt meist nicht so in den Vordergrund, wie bei den epileptischen Verwirrtheitszuständen, oft sind die Kranken sehr gereizt. Die Affekte sind veränderlich: meist herrscht ein angstvoll depressiver Zustand vor mit Weinen, Rededrang, Echolalie, Perseveration. Es kommt zu plötzlichen impulsiven Handlungen, Selbstmordversuchen, Entweichen, Angriffen auf das Kind. Das Bewußtsein ist stark getrübt. Zuweilen treten kataleptische und stereotype Zustände auf, unterbrechen die Erregung. Die Erinnerung ist meist getrübt. Die Amnesie ist oft so hoch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gradig, daß sie sich auf die Geburt und die vorausgegangenen Ereignisse erstreckt (retrograde Amnesie).

In anderen Fällen schließt sich an die Eklampsie eine länger dauernde halluzinatorische Verwirrtheit an. Die Erregung wechselt nicht selten mit stupurösen Zuständen ab. Vereinzelte Wahnideen der Beeinträchtigung treten auf. Einige Male herrschten Zustände von Ekstase, religiöser Exaltation vor.

So verläuft die Erkrankung bei einer 29jährigen Frau (2. Entbindung) in folgender Weise: Gravidität normal. Einige Stunden vor der Entbindung 6 Anfälle. Nach der leichten Entbindung 17 Anfälle, 2 Tage später 4 Anfälle. Inzwischen soporös. Viel Albumen, reichlich Zylinder. Nach den letzten Krämpfen erregt, glaubt vergiftet zu werden, sieht Personen, verweigert Nahrung, spricht von Katzen, die sie geboren, hat Angst vor Hinrichtung, hört schimpfende Stimmen, sieht Fratzen, Köpfe, weint, jammert. Kurze Remission: es sei ihr wie ein Traum, sie habe sich eingebildet, daß sie Hunde und Katzen geboren. Erregung bricht wieder aus, sieht Prinzen mit gelb und schwarz gestreiften Hosen, die tanzen, ist weinerlich, beklagt sich über Stimmen, die gesagt, daß ihr Kind tot sei. Oft anhaltende Monologe, glaubt begraben zu sein. Sie müsse alles aussprechen, glaubt unverheiratet zu sein. Allmähliches Nachlassen der Verwirrtheit und Erregung. Heilung nach 2 Monaten.

Die länger anhaltenden Psychosen laufen durchschnittlich in einigen Wochen bis zu 2 Monaten ab. Selten geht die Psychose in ein unheilbares Stadium der Verwirrtheit mit geistiger Schwäche über.

Unter den idiopathischen Psychosen beginnen wir mit der **Katatonie.**

Jugendliche Mehrgebärende scheinen hauptsächlich von der Katatonie betroffen zu werden. Die Erkrankung zeigt die bei dieser Form geschilderten Symptome. Differentialdiagnostisch wird die Unterscheidung von Amentia in Frage kommen. Die schwere Bewußtseinstrübung mit Desorientierung für Ort und Zeit, die Ratlosigkeit sprechen für Amentia.

In $^1/_5$—$^1/_4$ der Fälle tritt Heilung ein. Am günstigsten erscheinen die Aussichten bei der Katatonie im Puerperium, dann in der Gravidität, weniger günstig bei der in der Laktation ausbrechenden Katatonie. Zuweilen erfolgt in jedem Puerperium ein neuer Schub bis zur Verblödung.

Neben der Katatonie sind es die **Depressionszustände,** welche häufiger in der Gravidität und im Puerperium beobachtet werden. Die **Melancholien** im Puerperium zeichnen sich durch ihre besondere Schwere aus. Der Ausbruch erfolgt nach einem kurzen Vorstadium ziemlich plötzlich und die Symptome entwickeln sich schnell zu großer Intensität mit schwerer Angst, melancholischen Vorstellungen, Versündigungsideen. In fast der Hälfte der Fälle kommt es zu ernsten Selbstmordversuchen (Erhängen, Sprung ins Wasser, Schnitte, Sturz aus dem Fenster). Häufig sind Angriffe auf das Leben des Kindes und Tötung des Kindes.

Der Verlauf ist in den allermeisten Fällen ein günstiger. Weit über die Hälfte der Fälle gelangt zur Heilung (85%). Im Durchschnitt beansprucht die Erkrankung einen Zeitraum von 6 Monaten, einmal sah ich eine in der Laktation entstandene Melancholie noch nach 4jährigem Bestehen zur Heilung gelangen. Einige Male sah ich den Beginn der Genesung mit dem Eintreten der ersten Menstruation nach der Entbindung zusammenfallen.

Die Melancholie im Puerperium oder in der Gravidität zeigt keine große Neigung zu Rezidiven. Mehrere Frauen sah ich später schwere Geburten ohne Erkrankung überstehen.

Von der eigentlichen Melancholie in der Gravidität sind die **Depressionszustände auf psychopathischer Basis abzugrenzen.** (E. MEYER.) Bei ihrem Zustandekommen sind lediglich psychische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Momente, vor allem das Moment der Schwangerschaft ausschlaggebend. Eigentliche Hemmung, Versündigungsideen fehlen bei der psychopathischen Depression, das Bild ist nicht so gleichmäßig wie bei der Melancholie, zeigt von vornherein starken Wechsel in der Intensität.

Manische Zustände sehen wir bei den Generationspsychosen selten.

Die Manie kann ebenso wie die Melancholie **Teilerscheinung des manisch-depressiven Irreseins** sein. Zuweilen tritt sie periodisch auf. Diese Umstände sind bei der Prognose zu berücksichtigen. Die reine unkomplizierte Manie geht meist in Heilung über. Die Dauer des Anfalles schwankt in der Regel zwischen ½ und 1 Jahr.

Das erstmalige Auftreten der **Hysterie** wird in der Gravidität und im Wochenbett selten beobachtet. Häufiger ist eine Steigerung der bereits vorhandenen Hysterie.

Am häufigsten beobachten wir die Krämpfe und die hysterischen Lähmungen, oft in Form der Paraplegien. Meist werden Erstgebärende von der Hysterie befallen. Bei einer verheirateten, 22jährigen Erstgebärenden sah ich eine Parese aller Extremitäten, Sprachstörung, Clownismus, Tremor, Schreikrämpfe und Konvulsionen entstehen. Nach Verlauf von 3 Monaten trat unter suggestiver Behandlung Heilung ein. Bei einer 29jährigen Frau konnte ich in drei Schwangerschaften jedesmal schwere hysterische Krämpfe beobachten, mit arc de cercle, die nach den Entbindungen immer ganz schwanden.

Unter den **psychischen Störungen auf hysterischer Basis** sehen wir am häufigsten Depressionszustände und Dämmer- und Verwirrtheitszustände auftreten.

Die Diagnose Hysterie wird man nur dann stellen, wenn nach Aufnahme des ganzen Nervenstatus eine organische Erkrankung des Nervensystems auszuschließen ist und sich Anhaltspunkte für den rein funktionellen Charakter der Störung ergeben.

Die Prognose ist in den allermeisten Fällen eine gute. Die Lähmungen bleiben keine dauernden. Heilung tritt meist noch vor der Entbindung ein. Auch der Ausgang der sonstigen hysterischen Entbindungen und Störungen ist ein guter.

Das erste Auftreten der **Epilepsie** in der Gravidität, im Puerperium oder in der Laktation gehört zu den Seltenheiten; es sind nur wenige einwandsfreie Fälle, in denen die Anfälle zuerst während der Generationsphasen auftraten, beobachtet worden (Beobachtungen von Echeverria, Fellner, Gowers, E. Meyer, Curschmann). In fünf Fällen konnte ich die Entstehung der Epilepsie auf das Puerperium zurückführen. Die ersten Krämpfe traten wenige Stunden oder wenige Tage nach der Entbindung auf, schlossen sich einmal unmittelbar an die Chloroformnarkose und Anlegung der Zange an. Werden epileptische Frauen schwanger, so ist der Einfluß der Gravidität ein verschiedener. Meist verläuft die Gravidität völlig normal. Ein günstiger Einfluß derart, daß die Anfälle zessieren während der Gravidität und erst später wieder auftreten, wird selten beobachtet (Nerrlinger, Fellner). Zuweilen steigert sich die Intensität der Erkrankung in der Schwangerschaft. Ein einwandsfreier Fall, in dem durch eine Gravidität eine Heilung der bereits bestehenden Epilepsie herbeigeführt wäre, ist bisher nicht beobachtet. Es ist das besonders hervorzuheben, weil die Idee, daß Epilepsie durch Gravidität geheilt werden könnte, leider immer noch zu derartigen Versuchen führt.

Die akuten **Psychosen, welche bei der Epilepsie** beobachtet werden, stellen sich als postepileptische Dämmer- und Verwirrtheitszustände dar. Wiederholt sah ich kürzere und längere Verwirrtheits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zustände im Anschluß an einen epileptischen Anfall nach der Geburt auftreten.

Eine Kombination von hysterischen und epileptischen Anfällen beobachtete ich einmal bei einem 31jährigen an zerebraler Kinderlähmung leidenden schwachsinnigen Mädchen, die unter der Anklage der Kindstötung stand.

Sehr selten ist die Entwicklung einer **Paranoia** im Wochenbett. In der Laktation sah ich einige Male schnell Eifersuchtsideen entstehen mit dem Wahn der ehelichen Untreue (**Laktationseifersuchtswahn** nach SCHÜLE). In kurzer Zeit trat völlige Rückbildung ein.

Durch Gravidität und die mit ihr einhergehende psychische Erregung, vielleicht auch durch Zirkulationsstörungen kann eine schon bestehende **Paralyse** beeinflußt werden. Zuweilen ist ein Nachlassen der paralytischen Symptome zu beobachten. In anderen Fällen ist eine Verschlimmerung zu bemerken, so konnte ich einige Male eine auffallende Zunahme der psychischen Erscheinungen konstatieren (größere Apathie), die mit erfolgter Entbindung nachließ.

Eine ursächliche Entstehung der Paralyse durch Gravidität und Wochenbett ist nicht anzunehmen.

Der **angeborene Schwachsinn,** die **Imbezillität,** verdient hier Erwähnung, weil imbezille Schwangere, namentlich außerehelich Gebärende, für die Zeit der Geburt keine Vorsorge treffen, den Neugeborenen keine Pflege angedeihen lassen. Es kann auch zu vorübergehender halluzinatorischer Erregung kommen, wie ich einmal bei einem 21jährigen Mädchen beobachtete, das in der Erregung ihr Kind mit Spiritus verbrennen wollte.

Prognose.

Bei den einzelnen Formen ist die Prognose erwähnt. Die Prognose für die Puerperalpsychosen insgesamt ist nicht schlecht: über die Hälfte der Fälle gelangt zur Genesung (ca. 60%). Die günstige Prognose ist in erster Linie zurückzuführen auf den hohen Prozentsatz an Fällen von Amentia und Melancholie. Ungünstig sind frühere geistige Erkrankung in jugendlichem Alter oder ohne besondere Veranlassung, angeborener Schwachsinn, chronischer Beginn. Günstig ist der Nachweis von exogenen Momenten: Infektion und Erschöpfung. Bei Jüngeren und Erstgebärenden verlaufen die Generationapsychosen im ganzen günstiger. Einwirkung mehrer schwächenderer Momente verschlechtert die Prognose.

In der Laktation sehen wir verhältnismäßig häufig chronische und unheilbare Psychosen. Akuter Beginn in den ersten zwei Wochen nach der Geburt und Infektion lassen bei den Puerperalpsychosen auf kurze Dauer, fehlende Infektion und chronischer Beginn auf lange Dauer schließen. Rezidive von Geistesstörungen während der Generationsvorgänge geben keine ungünstige Prognose.

Unter den vielgestaltigen psychischen Symptomen, welche zur Beobachtung gelangen, gibt es keines, dessen Vorhandensein oder Fehlen eine sichere Prognose zu stellen gestattet. Die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit eines Falles ist in letzter Linie wohl weniger abhängig von den psychischen Symptomen als von den zugrunde liegenden und sie begleitenden anderweitigen Krankheitserscheinungen, welche durch die Eigenartigkeit des puerperalen Prozesses bedingt werden.

Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Therapie und Prophylaxe.

Die therapeutischen Maßnahmen sind bei den einzelnen Psychosen erwähnt.

Es erübrigt hier noch einige prophylaktische Hinweise zu geben: Die wesentliche Prophylaxe liegt auf geburtshilflichem Gebiet. Die Verringerung der exogenen Ursachen durch Einschränkung der puerperalen Infektion wird anzustreben sein. Daß bereits auf diesem Wege durch bessere Schulung des Personals und strikte Befolgung der hygienischen Vorschriften Erfolge erzielt sind, haben wir erwähnt.

Von psychiatrischer Seite sollte die große Bedeutung der richtigen Auslese bei der Verheiratung durch Vermeidung von Eheschließungen mit schwer nervösen oder psychopathischen Individuen immer wieder betont werden. Einer Heirat junger Mädchen, die an ausgesprochener Hysterie, Epilepsie leiden oder die eine Psychose überstanden haben, sollte widerraten werden. Hier gilt es, das Vorurteil zu bekämpfen, daß Heirat für solche Individuen ein Heilmittel sei.

Bei solchen Frauen, die bereits früher in einer Generationsphase eine psychische Erkrankung durchgemacht haben, ist vor erneuter Konzeption zu warnen. Unter allen Umständen ist in solchen Fällen bei Eintritt einer neuen Gravidität besondere Schonung dringend zu empfehlen. Gleich mit der Gravidität hat die Vorbeugung zu beginnen. Unzweckmäßige Ernährung, Verdauungsstörungen, körperliche Anstrengung, Gemütsbewegungen sind zu vermeiden. Nervöse Störungen sind zu bekämpfen. Während der Geburt ist möglichst jeder Schwächung durch zu lange Geburt, Blutverlust, Infektion vorzubeugen. Ständige ärztliche Aufsicht sollte während der Geburt vorhanden sein. Im Wochenbett ist möglichst schnelle Hebung des Allgemeinbefindens von Wichtigkeit. Stillen ist lieber zu unterlassen. Allzulange fortgesetztes Stillen ist nicht ohne Bedenken.

Es wäre hier auch die Frage zu erörtern, ob künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei solchen Frauen indiziert ist, die früher eine Puerperalpsychose durchgemacht und wieder gravide werden. Allerdings braucht die neue Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett keine Psychose hervorzurufen, alles kann ohne Störung ablaufen. Die Psychose braucht auch nicht die Schwere zu haben, wie die frühere, kann ganz anders geartet, viel milder sein.

Praktisch gestaltet sich die Sache nach meinen Erfahrungen meist so: ist nicht der Wunsch nach weiterer Nachkommenschaft sehr rege, dann überwiegt die Angst vor der vielleicht drohenden neuen Erkrankung so sehr, daß die Frauen dadurch in bedrohliche Zustände geraten können. Mit der Einleitung des Abortes ist natürlich die Gefahr nicht endgültig beseitigt. Auch an diesen können sich Psychosen anschließen, aber das Gefühl der quälenden Erwartung ist zunächst beseitigt und die Erleichterung wirkt günstig. Zuweilen spielt noch ein anderes Moment mit: Angst vor kranker Nachkommenschaft. Der Hinweis, daß erbliche Belastung nicht vorzuliegen und wenn vorhanden, nicht zu geistiger Erkrankung zu führen braucht, wird hier beruhigend wirken können.

Über die Indikation zu eventueller Einleitung des künstlichen Abortes ist bei den einzelnen Formen noch folgendes mitzuteilen. Bei keiner Graviditätserkrankung ist die Indikation zum künstlichen Abort häufiger vorliegend als bei der Chorea gravidarum und den mit ihr verbundenen psychischen Störungen. Gewiß gibt es Fälle, in denen wir auch ohne künstliche Entbindung einen günstigen Verlauf sehen und auf der anderen Seite übt die Unterbrechung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwangerschaft nicht den erhofften günstigen Erfolg aus, aber nach den Gesamtresultaten ist der Verlauf um so günstiger, je früher der Uterus entleert wird. In den meisten Fällen hat die künstliche Einleitung der Geburt zur Heilung geführt, wenn nicht Beteiligung des Herzens oder anderer Organe dabei war. Die Einleitung der künstlichen Unterbrechung soll nach RUHEMANN dann erfolgen, wenn die Chorea sehr heftig ist, auf die gebräuchlichen Mittel nicht reagiert, bei Herzfehler und Kräfteabnahme, bei Komplikation mit Eklampsie. Man wird also die Unterbrechung der Schwangerschaft in jedem Falle ernstlich überlegen müssen, immer von der Voraussetzung ausgehend, daß eine große Anzahl durch den künstlichen Abort günstig beeinflußt wird.

Auch bei der Eklampsie und den mit ihr verbundenen Psychosen wird die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft häufig in Frage kommen, namentlich dann, wenn die Anfälle sich häufen und mit den gewöhnlichen Mitteln (Schlafmittel, Narkose) nicht zu beseitigen sind.

Bei der Katatonie kann künstlicher Abort in Frage kommen in solchen Fällen, wo schon während früherer Schwangerschaften Schübe von Katatonie aufgetreten sind und erneute Gravidität sich einstellt.

Viel ist bei den Depressionszuständen in der Gravidität die Frage der Unterbrechung ventiliert worden. Eine Einigung ist in dieser Frage noch nicht erzielt. Im ganzen neigen die Psychiater mehr zur Einleitung des künstlichen Abortes als die Geburtshelfer. Ausgehend von der Überlegung, daß in manchen Fällen von Melancholie die Suizidgefahr eine so große ist, daß ihr kaum mit der sorgfältigsten Bewachung vorgebeugt werden kann, und daß eventuell ein ungünstiger Ausgang bei Fortbestehen der Psychose zu befürchten ist, wird die Unterbrechung der Schwangerschaft in solchen Fällen empfohlen.

E. MEYER denkt in den Fällen von Depression mit zwangsartigen Vorstellungen bei psychopathischen Individuen an Unterbrechung, aber nur dann, wenn Fortbestehen der Gravidität die dringende Gefahr in sich schließe, daß ein dauerndes bedenkliches Nervenleiden entstehe, welches auf keine andere Weise zu beseitigen ist und wenn mit Bestimmtheit erwartet werden kann, daß die Erkrankung durch die Maßnahme geheilt oder in der Entwicklung für die Dauer gehindert werde. Man sieht, dem subjektiven Ermessen ist hier ein weiter Spielraum gelassen und die einzelnen Forderungen mit ihren Konsequenzen werden schwer festzustellen sein.

Es wird sich empfehlen in jedem Falle von Depression eine genaue Feststellung der Intensität der Erkrankung eventuell unter fortgesetzter Beobachtung vorzunehmen und nach diesem Ergebnis eine Maßnahme zu treffen. Vor allem wird immer wieder die Suizidgefahr auch bei den Depressionen aus psychopathischer Konstitution zu berücksichtigen sein. Vor diesem Moment treten die übrigen an Bedeutung zurück.

Bei der Hysterie wird man kaum zur Einleitung des künstlichen Abortes zu schreiten haben. Die meisten Erscheinungen, die ohnehin keinen bedrohlichen Charakter haben, bilden sich so zurück. Bei Kranken, die schon vor der Gravidität ihre Hysterie hatten, wird man kaum auf dauernde Besserung durch Abort rechnen können. Zu warnen ist vor den Versuchen, Hysterische durch Verheiratung heilen zu wollen. Die Tatsache, daß wir überwiegend oft Erstgebärende von der Hysterie ergriffen sehen, sollte in dieser Beziehung zur Vorsicht mahnen.

In schweren Fällen von Epilepsie mit Häufung der Anfälle (Status epilepticus), Benommenheit, der drohenden Gefahr der Geistesstörung, in solchen Fällen also, wo die Frucht und das Leben der Mutter bedroht sind, ist Unterbrechung der Schwangerschaft anzuraten. SACHS

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nimmt in dieser Frage einen sehr skeptischen Standpunkt ein. Er ist zu dem Resultat gekommen, daß beim Status epilepticus durch eine künstlich eingeleitete Entbindung überhaupt noch kein einwandfreier Erfolg erzielt worden sei. Wagner von Jauregg betont mit Recht, daß die Epilepsie an sich noch keine Indikation zur Einleitung des Abortes gebe; nur bei gehäuften Anfällen, bei schwerer Benommenheit und der drohenden Gefahr einer unheilbaren Geistesstörung sei die Indikation zum Abort gegeben. Diesen Standpunkt vertritt auch Binswanger. Saenger schließt sich ihm an, auch im Interesse des lebensfähigen Kindes, besonders in den Fällen, in welchen die Epilepsie erst in der Gravidität ausgebrochen ist.

Ob im Status epilepticus die Einleitung der Geburt indiziert ist, darüber müssen noch mehr Erfahrungen gesammelt werden.

Die Frage, ob im Anschluß an einen oder mehrere epileptische Anfälle eine unheilbare Geistesstörung sich entwickeln wird, dürfte in keinem Falle mit Sicherheit zu entscheiden sein. Die Indikation zur Einleitung des Abortes wird von diesem Punkt kaum abhängig zu machen sein, viel eher von der drohenden Gefahr für das Leben des Kindes oder der Mutter.

Forensische Bedeutung.

Das psychische Gleichgewicht bei Schwangeren ist häufigen Schwankungen ausgesetzt. Nervös-psychische Abweichungen spielen unter den Schwangerschaftsbeschwerden eine große Rolle. Bekannt sind die Appetite und Gelüste der Schwangeren, die sich in einer starken, schwer zu bekämpfenden Neigung nach gewissen Nahrungs- und Genußmitteln äußern. Zu erwähnen sind die Änderungen und Schwankungen in der Gemütsstimmung bei Graviden, die Launenhaftigkeit der Schwangeren. Häufig sind Selbstmorde im Beginne der Schwangerschaft.

Einen Freipaß für Vergehen und Verbrechen gibt die Schwangerschaft nicht. Jeder einzelne Fall ist genau zu untersuchen, ob nervös-psychische Abweichungen vorliegen.

Schwangerschaft bei nervös veranlagten und psychopathischen Individuen kann eine Nervosität herbeiführen und kann die für gewöhnlich vorhandene Widerstandskraft und Hemmung verringern, kann zu triebartigen, unmotivierten, unsinnigen Handlungen führen: Brandstiftung, Diebstähle. Besonders bei Warenhausdiebinnen ist diesem Umstande Rechnung zu tragen, wie Beobachtungen von Dubuisson, Leppmann, Laquer, Gudden, Fischer u. a. lehren. Auch hier wird der einzelne Fall genau zu erforschen sein.

Forensisch bedeutungsvoll können auch die kurzdauernden Störungen beim Geburtsakt werden. Die Anschauungen der Autoren differieren hier etwas. Während die einen meinen, daß auch bei normalen Gebärenden, selbst ohne erbliche Belastung, durch sehr schwere Geburt, abnorm starke Wehen, heftige Gemütsbewegungen die Bedingungen des § 51 eintreten können (Gleispach), wollen andere die durch den Geburtsakt bedingte Erregung noch innerhalb der physiologischen Grenze fallend ansehen (Bischoff, v. Sury).

Ich teile den Standpunkt Königs, welcher sich eingehend mit dieser Frage befaßt hat und zu dem Resultat kommt, daß eine Sinnesverwirrung (Ohnmacht, Erregungs- und Verwirrtheits-Dämmerzustände) auch ohne psychopathische Veranlagung durch den erschöpfenden Einfluß der Geburt auf das Gehirn oder durch gesteigerte Affekte infolge starker Wehen ausgelöst werden kann.

Beim Vorhandensein einer nervösen oder psychopathischen Grundlage

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird der Nachweis des Pathologischen natürlich leichter gelingen erst recht dann, wenn ausgesprochene nervöse oder psychische Störungen (Imbezillität, Epilepsie, Eklampsie, Hysterie) nachzuweisen sind.

Hervorzuheben ist, daß bei den eklamptischen Psychosen Geburt und Tötung des Kindes in einem Dämmerzustand im Anschluß an die Eklampsie erfolgen kann, wie ich einmal beobachtete.

Angriffe auf das Leben des Kindes erfolgen am häufigsten im Verlaufe der Melancholie und der Amentia. Bei Schwachsinnigen kann im Anschluß an die Geburt ein Verwirrtheitszustand auftreten, im Verlauf dessen es zur Tötung des Kindes kommt.

Literatur.

Die neueste Arbeit ist von

RUNGE, Über Generationspsychosen. Arch. f. Psych., 48. Bd., H. 2. (Ausführliches Literaturverzeichnis.)

ALT, Abhandlung „Puerperalpsychosen" in Enzyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.

ANTON, Über Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Aus Handb. d. Gynäkologie von J. Veit. 5. Bd. Wiesbaden, Bergmann, 1910.

ARNDT, R., Puerperalpsychosen. Arch. f. Gynäkol., Bd. XVII, H. 3.

ASCHAFFENBURG, Über die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVIII, S. 337, 1901.

Derselbe, Mord und Totschlag in der Strafgesetzgebung. Monatsschr. f. Kriminalpsych., 9. Jahrg., S. 644.

BARAKOFF-DIMITRE, Du Rôle des Troubles de la Nutrition dans la Pathogénie de la folie puerpérale. Thèse de Paris 1902.

BAUCHWITZ, Veränderung des Nervensystems in der Gravidität. I.-D., München 1903.

BEHR, Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 522 und allgem. Zeitschr. f. Psych.

BLUMENTHAL, S., Beitrag zur Lehre vom puerperalen Irresein. I.-D., Kiel 1903.

BOAS, Psychisch abnorme Zustände während der Schwangerschaft und ihre forensische Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthr., Bd. 39, S. 49.

BOKELMANN, Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankenheiten. Samml. zwangl. Abh. a. d. Gebiet der Frauenheilkunde, VII, 6. Halle, Marhold.

BRAUNE, K., Protrahierte Delirien bei fieberhaften Erkrankungen. I.-D., Berlin 1907.

BRETONVILLE, P., Contribution à l'étude des psychopathies puerpérables. Thèse de Paris 1901.

DES COLOMBIERS, F., Essai sur la Fièvre dite de Lait. Thèse de Paris 1863.

CURSCHMANN, HANS, Über eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 26, S. 1145.

DELAYE, De la chorée gravidique. Thèse de Paris 1898. Ref. in Rev. neurol., Nr. 22, S. 811.

DUBUISSON, Die Warenhausdiebinnen. Übers. a. d. Franz. von Fried. Leipzig 1903, H. Seemanns Nachf.

Diskussion zu dem Vortrag von E. MEYER über puerperale Psychosen. Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin 1901.

DÖRFLER, Der Zustand der Gebärenden. Friedr. Bl., H. IV, 1893.

DÖRSCHLAG, OTTO, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1886.

DEBUS, H., Über Bewußtseinslosigkeit während der Geburt. I.-D., Tübingen 1896.

ELFES, K., Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs in der Gravidität. I.-D., Kiel 1912.

FELLNER, O., Über Graviditätspsychosen. Therapie d. Gegenw., 1908 Sept., S. 416.

FESTENBERG, Ein Fall von schwerer Chorea während der Schwangerschaft mit Übergang in Manie. Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 13.

FIEDLER, Chorea im Puerperium. I.-D., Kiel 1903.

FINGERHUT, FRIEDRICH, Zur Lehre von den transitorischen Bewußtseinsstörungen während der Geburt. I.-D., Kiel 1913.

FRANK, W., Über Chorea gravidarum. I.-D., Kiel 1904.

FRIEDRICH, HANS, Gibt es Prädilektionszeiten für die Eklampsie gravidarum? I.-D., Kiel 1910.

FISCHER, Schwangerschaft und Diebstahl. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, S. 312.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fritsch, Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit. Dittr. Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit, Bd. 8, 1. Aufl., S. 26.
Frommer, Kurt, Beitrag zu den Graviditäts- und Puerperalpsychosen. I.-D., Kiel 1912.
Fürstner, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 1874.
Göttsche, Johannes, Über Psychosen nach Eklampsie. I.-D., Kiel 1902.
Gourbeyer, J., Des paralyses puerpérales. Paris 1861. Extr. des Mémoires, de l'acad. impér. de méd., Tome XXV.
Gross, Hans, Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert und juristisch gestattet? Wien. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 10, S. 253.
Gudden, Hans, Warenhausdiebinnen. 1906, S. 922.
Gleispach, Über Kindsmord. Arch. f. Kriminalanthrop., Bd. 27, S. 224.
Goepel, Emil, Ein Beitrag zur Lehre von den posteklamptischen Psychosen. I.-D., Kiel 1912.
Haberda, Über die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wien. klin. Wochenschr. 1905, S. 248.
Hahn, Polyneuritische Psychose nach künstlichem Abort. Arch. f. Psych., 50. Bd. H. 1.
Hajos, Ludwig, Künstlicher Abort bei sich wiederholender Schwangerschaftspsychose. Budap. Orvasi Ujsag 1904, Nr. 36.
Hallervorden, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII, S. 661.
Hartung, Fall von Dem. paral. n. Geburt. Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 2, S. 72.
Heilbronner, Studien über eine eklamptische Psychose. Monatsschr. f. Psych., Bd. XVII, H. 3.
Herzer, Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen (Generationspsychosen). Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, Nr. 2, S. 244.
Mlle Heyn (Salomé), Contribution à l'étude de la Grossesse Imaginaire. Thèse de Paris 1896.
Hirsch, W., Puerperal insanity. The med. Rec., Bd. LVII, 1900.
Hobbs, The role of wound-injektion as factor in the causation of insanity. Amer. Journ. of insan., Nr. 13, 1899.
Hoche, Über puerperale Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, S. 612.
Derselbe, Bemerkungen zur Frage des künstlichen Abortes bei Neurosen u. Psychosen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafr. Ref. 1906, Bd. 2, S. 417.
Hoegel, Die Straffälligkeit der Weiber. Arch. f. Kriminalanthrop. 5, 23.
Hoppe, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit). Arch. d. Psych., Bd. XV, S. 137 (gutes Literaturverzeichnis).
Jahnel, Franz, Ein Beitrag zur Kenntnis der geistigen Störungen bei Eklampsie. Arch. f. Psych., 52. Bd., H. 3.
Jaisson, Les psychoses puerpérales. Thèse de Paris 1898. Rev. neurol., Nr. 25.
Jelly, Puerperal insanity. Boston med. and surg. Journ., Bd. CXLIV, S. 271 u. 286, 1901.
Jolly, Die Indikation des künstlichen Abortus bei einer Behandlung der Neurosen und Psychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47, S. 194, 1901; Neurol. Zentralbl., Nr. 21, S. 1022, 1901.
Derselbe, Über Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych., 48. Bd., H. 1.
Jörg, Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden. Leipzig 1837.
Kirchberg, P., Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psych., 52. Bd.
Knauer, Ätiologische Zeit-Streitfragen bezüglich der sog. Puerperalpsychosen. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie, S. 1272, Jahresb. 1897.
Derselbe, Über puerperale Psychosen. Monographie, Berlin.
König, Hans, Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych., Bd. 53.
Kroner, Chorea gravidarum. I.-D., Berlin 1896.
Kutzinsky, Fall von Dämmerzustand während der Entbindung. Zeitschr. f. Psych., 69. Bd., S. 410.
Derselbe, Eklamptische Psychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1907, Nr. 30, S. 1425 u. Char.-Annalen, Bd. 33, S. 216 u. Zeitschr. f. Psych., 70. Bd.
Lane, Puerperal insanity. Boston med. Journ., Bd. CXLIV, a. 606 u. 414.
Laquer, Der Warenhausdiebstahl. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh., Bd. 7, H. 5.
Léonard, De l'hystérie pendant la grossesse. Thèse, Paris 1886.
Leppmann, Über Diebstähle in großen Kaufhäusern. Ärztl. Sachverst.-Ztg., Jahrg. 1901, S. 5.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

LÉVY, E., Les psychoses puerpérales traitées à l'asile de Bel-Air 1901—08. Rev. méd. de la Saine Romande, Nr. 11, S. 694.
LÖWENHAUPT, Zwei Fälle von Dem. paral. u. Geburt. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 36.
MACDONALD, C. F., Puerperal insanity, a coursory view of the general practitions. Med., Nr. 7, S. 237.
MARC, Traité de la folie des femmes enceintes. Paris 1858.
MAYER, LOUIS, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berlin 1870.
MESKO, Ein Fall von schwerer, während der Gravidität aufgetretener Hysterie, geheilt nach Skarifikation der Portio. Ungar. med. Presse. 1898, Nr. 6.
MEYER, E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr., Bd. XXXI, 1901.
Derselbe, Die pathologische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat für die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Sonderabdruck aus der Orthschen Festschrift.
Derselbe, Über Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych., 48. Bd., H. 1.
Derselbe, Psychische Störungen und Gravidität mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Abortes. Klin. ther. Wochenschr. 1910, 1.
Derselbe, Dementia paralytica (Lues cerebrospinalis?) in der Gravidität. Zur Differentialdiagnose von in der Gravidität auftretenden Krämpfen. Deutsche med. Wochenschr. 1909, 35. Jahrg., S. 1291, Nr. 29.
MÜNZER, Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Neur. Zentralbl. 1911, S. 851.
NÄCKE, Einfluß von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf einer vorher schon bestehenden chronischen Psychose, sowie das eigene Verhalten dieser Generationsvorgänge. Zeitschr. f. Psych. 68. Bd., S. 1.
NERLINGER, Über die Epilepsie und die Fortpflanzung des Weibes in ihren gegenseitigen Beziehungen. I.-D., Straßburg 1889.
NEU, Epilepsie und Gravidität. Monatsschr. f. Geburtshilfe 1907, Bd. 26, S. 27.
NEUMANN, HERMANN, Beitrag zur Lehre von den Eklampsiepsychosen. I.-D., Kiel 1913.
OECONOMAKIS, Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen. Griech. Arch. f. Med., Nr. 7—8, Athen 1909.
OLSHAUSEN, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XXI, H. 2.
ORTSCHEIT, A., Über die Beziehungen der Genitalleiden zu Neurosen u. Psychosen beim weiblichen Geschlechte. I.-D., Straßburg 1888.
PÉRAUD, A. M. E., Etude historique et clinique sur la Fièvre de Lait. Thèse de Paris 1887.
PILCZ, Die Verstimmungszustände. Grenzfr. des Nerven- u. Geisteslebens. Heft LXIII, Wiesbaden 1909, Bergmann.
POULSEN ARNE, Nogle bemärkningen om puerperal psychosen. Hosp. Tid. 4, Bd. VIII, S. 10.
Puerperalpsychosen-Diskussion im Lancet. Zentralbl. f. Gynäkol., Juni 1903.
RAECKE, J., Über Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. Med. Klin. 1912, Nr. 36.
RÉGIS, Paralysie générale et grossesse, Journ. de méd. de Bordeaux 1903, Nr. 13, S. 217.
RIPPING, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographie, Stuttgart 1877.
ROHÉ, G. H., Lactational insanity. Rev. to Journ. Amer. med. Assoc., September 1893.
ROHDE, Über puerperale Psychosen. Deutsche Praxis. Nr. 1 u. 2, 1898.
ROLLAND, Rapport de la grossesse et de l'aliénation mentale. Th. de Lille 1911.
ROUSTAN, De la Psichicité de la femme pendant l'Accouchement (Etude de Responsabilité). Thèse de Bordeaux 1900.
RUNGE. ERNST, Über die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 42, S. 1889.
RUNGE, W., Chorea minor mit Psychose. Arch. f. Psych., 46. Bd., 1909.
SACHS, Status epilepticus u. Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtsh. 1910, Bd. 32, Nr. 6, S. 649.
SAENGER, Nervenerkrankungen in der Gravidität. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 41, S. 1214.
SANDER, Ein Fall von posteklamptischem Irresein mit Amnesie. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, S. 1273, Jahresb. 1897.
SARWEY, O., Die Diätetik der normalen Geburt. Handb. d. Geburtsh., Bd. I, H. 2, S. 1119.
SCHERER, M., Über die Geistesstörungen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft des Weibes. I.-D., Kiel 1895.
SCHEVEN, Zur Frage des puerperalen Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, S. 1195.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmidt, Martin, Beitrag zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1880.
Schramm, Zur Milchfieberfrage. Würzburg 1868.
Schrock, Otto, Über Chorea gravidarum. I.-D., Königsberg 1898.
Semon, M., Polyneuritis u. Korsakowsche Psychose bei Koli-Pyelitis in der Gravidität. Med. Klin. Nr. 32, 1909, S. 1185.
Siegenthaler, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Wien 1898.
Derselbe, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. Jahrb. f. Psych., 17. Bd., 1895, S. 87.
Siemerling, E., Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annal., Bd. XIV.
Derselbe, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.
Derselbe, Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annal., 13. Jahrg.
Derselbe, Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., 39. Bd., H. 3, 1914.
Sigwart, W., Selbstmordversuch während der Geburt. Arch. f. Psych., Bd. 42, H. 1.
von Sury Kurt, Beitrag zur Kasuistik des Selbstmordes während der Geburt. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 29, S. 1534.
Sutter, Weiterer Beitrag zur Kasuistik der nervösen Erkrankungen im Wochenbett. Zentralbl. f. Gyn. 1906, Nr. 34, S. 945.
Viedenz, Chorea gravidarum. Arch. f. Psych., 46. Bd., H. 1.
Wagner von Jauregg, Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wien. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 10, S. 244.
Weebers, W. Th. M., Over Puerperalpsychosen. I.-D., Leyden 1897. (Sehr gute Monographie mit historischer Einleitung.)
Weisskorn, Josef, Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsakt und im Wochenbett. I.-D., Bonn 1897.
Westphal, Ätiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annal., 18. Jahrg.
Derselbe, Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen, insbesondere über aphasische, agnostische und apraktische Störungen bei denselben, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Gedächtnisses. Arch. f. Psych., 47. Bd., S. 213 u. 843.
Wollenberg, R., Graviditätspsychose. Deutsche med. Wochenschr. 1913, S. 487.

Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Die Imbezillität.

Von

A. Hoche, Freiburg.

Zunächst einige Worte über die Nomenklatur, der wir uns bedienen wollen. Man unterscheidet bei Zuständen psychischer Schwäche von jeher angeborene und erworbene Störungen; zu den angeborenen gehören in praktischer Hinsicht auch die infolge von Schädlichkeiten bei der Geburt und infolge ganz früh eintretender Krankheiten entstandenen. Die Unterscheidung ist im übrigen bei der ganzen Krankheitsgruppe im wesentlichen eine quantitative. Wir nennen **Schwachsinn** die geringeren, **Blödsinn** die höheren Grade. Ist der Schwachsinn angeboren, so wird er auch **Imbezillität,** bei ganz leichten Graden Debilität genannt. Der angeborene Blödsinn wird als **Idiotie** oder Idiotismus bezeichnet. Die psychische Schwäche beim Kretinismus (und beim Myxödem) kann je nach ihrem Grade zu der einen oder anderen Kategorie gehören. Als **Demenz** bezeichnen wir in der Regel die im Laufe des Lebens erworbenen geistigen Schwächezustände, soweit sie dauernd und unheilbar sind. Die Demenz stellt bei einigen Erkrankungsformen den gesetzmäßigen Ausgang dar (Dementia paralytica z. B.). Bei anderen tritt sie in größerer oder geringerer Häufigkeit ein (Epilepsie, Alkoholismus, Arteriosklerose, multiple Sklerose, Hirntrauma u. dgl.).

Bei allen hier zu schildernden Störungen sind wir über die anatomische Grundlage der Veränderungen im einzelnen noch ungenügend unterrichtet. Im allgemeinen haben Beobachtungstatsachen aus dem Gebiete der Lehre vom Schwachsinn wesentlich dazu mitgewirkt, unsere Anschauungen über die Abhängigkeit der geistigen Prozesse nicht nur von der Beschaffenheit des Gehirnes im allgemeinen, sondern von derjenigen bestimmter Hirnteile zu entwickeln. Wenn auch für die Mehrzahl der Fälle von Geistesstörung überhaupt eine pathologische Anatomie nicht existiert, so zweifeln wir doch nicht daran, daß bei den angeborenen, ebenso wie bei den später erworbenen Schwachsinnsformen höheren Grades regelmäßig parallel gehende gröbere oder feinere Veränderungen des Zentralorganes vorhanden sein müssen, und die wachsende Erfahrung drängt zu der Annahme, daß wir in der mangelhaften Entwicklung oder Zerstörung derjenigen Bahnen, die der Verbindung der verschiedenen Hirngebiete untereinander dienen, die eigentliche Grundlage für die klinischen Erscheinungen der geistigen Schwäche zu suchen haben. Je mehr, im psychologischen Bilde, die Möglichkeit, Sicherheit und Leichtigkeit einer vielseitigen Verknüpfung der geistigen Prozesse ausgebildet ist, um so reicher und wertvoller ist ein Geistesleben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die materielle Voraussetzung für einen glücklichen Ablauf dieser Akte der Verknüpfung der verschiedenen seelischen Prozesse suchen wir in der normalen Beschaffenheit eben jener, die verschiedenen Hirnteile miteinander verbindenden Bahnen.

Die Einteilung der verschiedenen Formen geistiger Schwäche baut sich vorläufig ausschließlich auf den klinischen Erscheinungsformen auf.

Die Imbezillität.

Von den höchsten Formen persönlicher geistiger Entwicklung führen über die Zwischenglieder der „guten Veranlagung", der „Durchschnittsbegabung", des „mäßigen Kopfes", der „Beschränktheit", unzählige Abstufungen bis zu den höchsten Graden fast tierischen Blödsinns. Wenn wir eine Reihe von hundert Fällen nebeneinanderstellen könnten, an deren einem Ende ein gut oder durchschnittlich begabtes Individuum, an deren anderem Ende ein Idiot stände, so wäre zwar der Unterschied zwischen diesen beiden Endpunkten ein sehr deutlicher und unverkennbarer; die Unterschiede aber, die jeder einzelne Fall in der fortlaufenden, gleichmäßig abgestuften Reihe im Vergleich mit seinem Nachbar aufweisen würde, sind so gering, daß es ganz unmöglich ist, theoretisch an einem bestimmten Punkte die geistige Anomalie beginnen zu lassen. Es kommt dazu, daß auch bei den Individuen, die wir als geistig normal ansehen, außerordentlich große Verschiedenheiten in der Verteilung der „Begabung" auf die einzelnen Seiten des Seelenlebens vorkommen, daß bei sonst im allgemeinen guten Fähigkeiten bestimmte Anlagen, z. B. zur Mathematik, zur Philosophie, zur Musik, zu praktischer Betätigung usw. ganz unausgebildet und auch nicht bildungsfähig sein können, ohne daß die Träger dieser Form der geistigen Beschaffenheit dadurch als abnorm auffielen; ja es können solche grobe Mängel praktisch überkompensiert werden durch hervorragende Fähigkeiten in anderer Richtung. Es gibt keinen Normalstatus des geistigen Lebens, wie es ein körperliches Normalmaß für die einzelnen Altersstufen, Geschlechter, Rassen oder ein Normalgewicht z. B. für die einzelnen Jahrgänge des heranwachsenden Lebensalters gibt. Immerhin werden wir auch bei Beurteilung der geistigen Beschaffenheit eines Menschen das bei Gewinnung jener Normalwerte nützliche Verfahren anzuwenden versuchen: Vergleichung des zu Prüfenden mit dem Durchschnitt seines Alters und seines Standes. Für die gröberen Abweichungen vom Durchschnitt werden wir damit bald einen Maßstab gewinnen, namentlich wenn wir die praktische Probe auf die geistige Organisation eines Menschen gemacht sehen in seiner mehr oder weniger ausgebildeten Fähigkeit, den durchschnittlichen Anforderungen des Lebens gerecht zu werden. Bei einer nicht kleinen Zahl aus der Gruppe der Schwachsinnsfälle leichten Grades, die in der relativ geschützten Lebensperiode der ersten 15—20 Jahre nicht aufgefallen sind, enthüllt sich die geistige Minderwertigkeit in der Unfähigkeit, die Forderungen zu erfüllen, die das Hinaustreten in das selbständige Leben an den Heranwachsenden stellt. Aufgabe einer sachkundigen Untersuchung des Geisteszustandes ist es dann, festzustellen, durch welche Mängel der einzelnen Seiten des geistigen Lebens diese praktische Unbrauchbarkeit des Individuums bedingt wird; der Nachweis der geistigen Schwäche bei den leichten und leichtesten Graden gehört, wie schon hier bemerkt sein mag, zu den schwierigeren Aufgaben der psychiatrischen Diagnostik.

Die hier zunächst zu behandelnde **Imbezillität,** die angeborene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder früh erworbene Geistesschwäche, wird klinisch begrenzt auf der einen Seite von den noch nicht als krankhaft zu bezeichnenden Formen der „Dummheit" und „Beschränktheit", auf der anderen Seite von den höheren und höchsten Graden des Schwachsinns, die wir als Idiotie bezeichnen.

Ehe wir auf das klinische Bild der einfachen Imbezillität näher eingehen, wollen wir einen kurzen Blick werfen auf die normale, geistige Entwicklung eines durchschnittlich veranlagten Individuums.

Das Kind macht zunächst einzelne sinnliche Wahrnehmungen und erwirbt dadurch eine bestimmte Summe von Vorstellungen der Außenwelt und des eigenen Körpers. Bei häufiger Wiederkehr der einzelnen Wahrnehmungen ordnen sich dieselben nach dem Gesichtspunkt der Ähnlichkeit und Unähnlichkeit, durch Unterscheidung des Trennenden und Zusammenfassen des Gemeinsamen, zu Gruppen. Wesentliche und unwesentliche Merkmale werden geschieden; mit Hilfe des Gedächtnisses, das die zeitlich voneinander entfernten Wahrnehmungen miteinander in Verbindung setzt, entwickeln sich aus der Fülle der einzelnen sinnlichen Vorstellungen die begrifflichen, die dann durch die Sprache festgelegt werden. Dieser Vorgang, der normalerweise in der frühesten Kindheit beginnt, dauert an, solange ein Mensch überhaupt Erfahrungen macht. Alle neuen Eindrücke werden entweder in schon vorhandenen Begriffsfächern untergebracht, oder sie geben Anlaß zur Bildung neuer solcher. Wenn es sich nur um das praktische Bedürfnis einer einfachen Lebensführung handelt, so genügt im allgemeinen der mit dem „Erwachsensein" erreichte Grad der Begriffsbildung. Bei höherer geistiger Entwicklung wird nun mit den sprachlich fixierten Begriffen, denen keine sinnliche Beimengung mehr eigen zu sein braucht, weiter operiert. Die höchsten, begrifflichen Abstraktionen endlich haben gar keine Beziehung mehr zu irgendeiner Form des Sinnlichen. — Von vornherein sind die sinnlichen Wahrnehmungen und Vorstellungen mit einem bestimmten Gefühlston verbunden, der sich nach den zwei Richtungen der Lust und Unlust erstreckt. Allmählich bekommen aber auch die Begriffe einen besonderen Gefühlston, bei welchem neben der mitgebrachten persönlichen Anlage Beispiel, Erziehung und Umgebung außerordentlich stark mitwirken, Sie erhalten dadurch einen subjektiv anderen Wert und werden zu bestimmenden Motiven des Handelns. Solche durch die Gefühlsbetonung auf den Willen wirkende Begriffe sind z. B. Scham, Ehre, Recht, Pflicht. Ein sehr wesentlicher Unterschied zwischen dem geistig gesunden, erwachsenen, reifen Menschen und dem unreifen, heranwachsenden besteht darin, daß bei jenem die vorausgehende Erfahrung schon Kategorien gebildet hat, in denen neu gemachte Wahrnehmungen, neue Vorstellungen, auftretende Wünsche u. dgl. sozusagen mit abgekürztem Verfahren eingeordnet werden und die ihrem Werte für das Individuum entsprechende Stelle erhalten. Je nachdem diese Einordnung auch neuen und überraschenden, vielleicht erregenden Erfahrungen gegenüber rasch, ohne Schwankungen und an endgültiger Stelle, oder zögernd, unsicher und falsch geschieht, schreiben wir einem Menschen ein größeres oder geringeres Maß von Urteil und Urteilssicherheit zu. Die Ausbildung der Urteilsfähigkeit ist nun der eigentliche Maßstab für den intellektuellen Wert eines Menschen, und gerade bei allen Zuständen geistiger Schwäche ist, trotz der Vielgestaltigkeit der Bilder im einzelnen, die Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit das wichtigste, das eigentlich entscheidende Symptom. — Die bei der Urteilsbildung stattfindenden Vorgänge sind nun nicht allein auf das Gebiet der verstandesmäßigen Operationen beschränkt; von großem Einfluß ist dabei die persönliche, individuelle, außerordentlich verschiedene Art der Gefühlsbetonung des intellektuellen Geschehens. In Betracht kommt dabei vor allem die Leichtigkeit, mit der überhaupt bei dem einzelnen Gefühle erzeugt werden, die Dauerhaftigkeit derselben, die, wie die Erfahrung lehrt, häufig im umgekehrten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhältnis zu der Leichtigkeit ihrer Entwicklung steht, die besondere Richtung u. dgl. m. Lebhafte Gefühle stören im allgemeinen den Vorstellungsablauf bei der Urteilsbildung; im besonderen verhindern sie die ruhige Abwägung durch die gesetzmäßige, eventuell bezwingende Übermacht der lebhaft vom Gefühle betonten Vorstellungen.

Die verschiedenartigen Kombinationen von höherer oder niedrigerer intellektueller Veranlagung mit den mannigfachen Gestaltungen des persönlichen Gefühlslebens lassen schon innerhalb der Grenzen der sozialen Brauchbarkeit eine lange Reihe verschiedener individueller Typen in bezug auf das Urteilsvermögen entstehen; so kennen wir, um einige der bekannteren Erscheinungsformen herauszugreifen, Menschen von „langsamem Urteil", die, wenn ihnen die Umstände genügend lange Zeit lassen, schließlich sicher das Richtige treffen, andere von „unsicherem Urteil", die gegen Stimmung und fremde Einflüsse wenig widerstandsfähig sind, andere, die „nichts dazu lernen", d. h. durch Erfahrungen, auch durch solche übler Art, keinen Zuwachs an Urteilsvermögen erlangen. Eine Stufe tiefer treffen wir die „Beschränkten", deren Urteil in kleinem ruhigem Lebenskreise und bei glattem Lauf der Dinge genügend sicher ist, um ihnen bei ihrer Lebensführung als Leitung zu dienen, aber nicht ausreicht, um ihnen bei plötzlichen, großen Entscheidungen in ungewöhnlichen Verhältnissen oder gegenüber neuen größeren Aufgaben rasch und sicher den rechten Weg zu weisen. In dieser Kategorie von Individuen finden wir nun schon solche, die man mit demselben Rechte der noch normalen Beschränktheit, wie der bereits krankhaften Geistesschwäche zurechnen könnte.

Wenn wir die bei der Imbezillität vorhandenen intellektuellen Störungen, die in ihrer Gesamtheit das Bild der psychischen Schwäche zusammensetzen, durchgehen, so treffen wir zunächst Veränderungen in der Aufnahme und Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen.

Jeder äußere Reiz wird zu einer Wahrnehmung erst durch Vermittlung der individuellen Beschaffenheit des wahrnehmenden Zentralorganes. Ist die Aufmerksamkeit herabgesetzt, das Interesse gering, so werden ungenaue Wahrnehmungen gemacht, die infolge der mangelhaften Entwicklung der normalerweise vorhandenen vielfachen Verknüpfungsmöglichkeiten nicht korrigiert und an falscher Stelle oder in falscher Gestalt eingeordnet werden; die neuen Eindrücke, die somit, weil sie keinen geeigneten Boden finden, als unvollständige oder direkt falsche Wahrnehmungen zum Bewußtsein kommen, sind dadurch nicht imstande, zu einer wirklichen Bereicherung der Erfahrung etwas beizutragen. Dazu kommt wahrscheinlich eine zeitlich meßbare Verlangsamung des zentralen Wahrnehmungsvorganges (als Teilerscheinung einer vielleicht allgemeinen Verlangsamung des geistigen Geschehens bei der Imbezillität), die dazu beiträgt, daß das wahrnehmende Bewußtsein äußeren Ereignissen nicht entsprechend rasch zu folgen vermag. Wenn nun auch richtige Wahrnehmung gemacht werden, so bleiben sie zunächst Einzelwahrnehmungen; sie sind nicht bestätigende, ausbauende, modifizierende Sonderfälle allgemeiner Gesetzmäßigkeiten, von denen in Gestalt eines Schlusses für die Zukunft ein verwertbarer Niederschlag bleibt; es fehlt auch wegen der Unbehilflichkeit und Langsamkeit des Gedankenganges gegenüber ungewohnten, überraschenden Eindrücken die Fähigkeit, mit normaler Schnelligkeit den entsprechenden Standpunkt dadurch zu gewinnen, daß das Neue rasch in die Reihe bekannter und in ihrer Bedeutung für das Individuum bereits geordneter und fest bewerteter Kategorien aufgenommen wird. (Diese Mängel erklären auch zum Teil die bei Imbezillen häufige abnorme Beeinflußbarkeit durch fremden Willen, wenn dieser in geschickter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weise die Langsamkeit des geistigen Geschehens durch Ueberrumpelung auszunutzen versteht.)

Werden von den Imbezillen ungenaue, unvollständige oder falsche Wahrnehmungen gemacht, so muß die spätere gedächtnismäßige Reproduktion derselben die gleichen Mängel aufweisen; unabhängig von dieser Störung pflegt das Gedächtnis der Imbezillen aber auch sonstige Beeinträchtigungen aufzuweisen. Die Merkfähigkeit, die Fähigkeit, neues Gedächtnismaterial zu erwerben, kann quantitativ gut entwickelt sein, so daß Imbezille imstande sind, z. B. leicht mechanisch auswendig zu lernen und das Gelernte in der ursprünglichen Reihenfolge und Anordnung wiederzugeben; dieses sogenannte „mechanische Gedächtnis" kann auch bei bedeutendem Tiefstand des Urteils oder bei völligem Mangel desselben auffallend gut entwickelt sein; was aber bei den verschiedenen Schwachsinnsformen immer geschädigt wird, ist das „logische Gedächtnis", d. h. die Fähigkeit, früher Gelerntes, früher erworbenen geistigen Besitz in veränderter Anordnung oder in neugebildeten Formen wiederzugeben. Die normale geistige Entwicklung führt bei jedem Menschen von dem ursprünglich, in der Jugend, überwiegenden Gebrauche des mechanischen Gedächtnisses zu der später vorherrschenden Benutzung des logischen Gedächtnisses. Die logische Gliederung und vielfache Verknüpfung der einzelnen Bestandteile des Wissens macht es dem geistig normalen Erwachsenen möglich, von jedem beliebigen Ausgangspunkte her sein Wissen mobil zu machen; er ist dabei nicht gebunden an die ursprüngliche Reihenfolge, in der es aufgenommen worden war. Die Imbezillen bleiben in bezug auf die Funktion des Gedächtnisses auf der kindlichen Stufe stehen; ihr Gedächtnis versagt, wenn es sich darum handelt, kompliziertere Vorgänge oder Zusammenhänge wiederzugeben. Bei lebhafter Phantasietätigkeit, wie sie bei manchen Formen der Imbezillität vorhanden sein kann, werden die Lücken in der Erinnerung dann leicht mit neugeschaffenen Pseudoreminiszenzen ausgefüllt („Fabulieren").

Neben den Störungen der intellektuellen Vorgänge finden sich beim Schwachsinn regelmäßig auch Anomalien der Gefühle und Affekte.

Zunächst ist die mangelhafte Ausbildung der Urteilsfähigkeit von Einfluß auf den Ablauf und die Äußerungsweise aller gefühlsmäßigen Gemütsbewegungen. Die beim erwachsenen Geistesgesunden, allerdings in individuell sehr schwankendem Maße, vorhandene Fähigkeit, auf verstandesmäßigem Wege die zu Gemütsbewegungen Anlaß gebenden Erlebnisse auf ihre wirkliche Bedeutung hin zu prüfen, an festen inneren Maßstäben zu messen, Kontrastvorstellungen zu wecken und dadurch das gemütliche Gleichgewicht wiederherzustellen, fehlt beim Schwachsinn oder bleibt doch mangelhaft entwickelt. In doppelter Richtung ergibt sich daraus bei solchen Individuen ein Mißverhältnis zwischen dem Grade der Gefühlserregung und der Bedeutung des sie auslösenden Ereignisses, indem entweder an sich unbedeutende Dinge eine abnorm starke Gefühlsbetonung erfahren (Suicidium aus nichtigen Anlässen!), oder daß Erlebnisse von großer, vielleicht einschneidender persönlicher Bedeutung, wenn sie nur momentan keine geradezu aufdringliche Tragweite zeigen, abnorm geringfügige Gemütsbeteiligung zur Folge haben.

Während diese Störung des affektiven Lebens sekundär, durch einen Mangel an Überblick und Schätzung, veranlaßt wird, treffen wir bei der Imbezillität auch selbständige Veränderungen des Gefühlslebens der verschiedensten Art; als Haupttypen treten dabei hervor einmal die gesteigerte Erregbarkeit der Gefühle neben geringer Dauer-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haftigkeit derselben, die, je nach den sonstigen persönlichen Komponenten, als Empfindlichkeit, Rührseligkeit, Reizbarkeit, Zornmütigkeit usw. in die Erscheinung tritt, und zweitens eine allgemeine Herabsetzung der Gefühlserregbarkeit in Gestalt von Gleichgültigkeit, Stumpfheit, Roheit. Die geringe Nachhaltigkeit der Gefühlserregungen ist einer der Gründe für die Unfähigkeit der Imbezillen, einmal gefaßte Vorsätze durchzuführen und fremden Beeinflussungen zu widerstehen. Auf das Vorkommen von Fällen mit anscheinend angeborenen und dauerndem Mangel einzelner Seiten des Gefühlslebens („moralisches Irresein") wird noch zurückzukommen sein.

Aus allen diesen einzelnen psychischen Eigentümlichkeiten elementarer Art setzen sich nun die im klinischen Bild der Imbezillität in mannigfachen Kombinationen hervortretenden Züge zusammen: die Kleinlichkeit, das Haften am Einzelnen, sinnlich Wahrnehmbaren, die Inkonsequenz und Unselbständigkeit der Lebensführung, die Überschätzung der eigenen Person, die starke Ausbildung der egoistischen Interessen, die Leichtgläubigkeit, die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber fremdem Willen und eigenen eventuell abnormen Impulsen usw.

Verlauf und Formen.

Die erste Kindheitszeit der Imbezillen braucht nichts besonders Auffallendes darzubieten; die zeitlichen Schwankungen in dem Auftreten der verschiedenen äußerlich merkbaren Abschnitte der geistigen Entwicklung (z. B. der Moment des Aufhörens der Unreinlichkeit oder der ersten Sprachversuche), sind auch bei Individuen, die sich später normal entwickeln, so groß und von so vielen körperlichen Umständen abhängig, daß daraus keine bindenden Schlüsse gezogen werden können; (wir sehen dabei ab von den Fällen, bei denen cerebrale Erkrankungen in den ersten Lebensjahren mit ihren unverkennbaren körperlichen Folgen zu genauer Prüfung der psychischen Funktionen auffordern). Andere Male, bei höheren Graden der Imbezillität, ist auch schon im zweiten oder dritten Lebensjahre die Teilnahmlosigkeit des Kindes, das gering entwickelte „Kausalitätsbedürfnis" auffallend. Den eigentlichen Prüfstein bildet in der Regel aber erst der Eintritt in die Schule, wo sehr rasch wenigstens diejenigen erkannt werden, die ihrer Geistesbeschaffenheit nach nicht einmal das untere Niveau durchschnittlicher Bildungsfähigkeit erreichen. Vom Eintritt in die Schule an wird bei mittleren Graden des Schwachsinns der wachsende Unterschied gegen die Altersgenossen gewöhnlich in dem immer stärkeren Zurückbleiben deutlich merkbar; manchmal aber vermag längere Zeit hindurch, d. h. solange es sich dem Lernstoff gegenüber vorwiegend um Auswendiglernen handelt, ein gutes Gedächtnis die tatsächlich vorhandene minderwertige Veranlagung zu verdecken, ja sogar eine gute Bildungsfähigkeit vorzutäuschen. Tritt dann später, z. B. in den mittleren Gymnasialklassen, die Aufgabe der logischen Verarbeitung des Gelernten (Mathematik, deutscher Aufsatz) hinzu, so wird der Defekt der Urteilsfähigkeit deutlich, und die bis dahin mitgeschleppten Schüler „fallen ab". Bei den arbeitenden Klassen pflegt der Lehrlingszeit in Werkstatt oder Kontor die Aussonderung dieses Teiles der Schwachsinnigen zuzufallen. Mit dem Eintritt der Pubertätszeit bringt das Erwachen der sexuellen Gefühle eine neue Schwierigkeit in das Leben des geistig Minderwertigen, ebenso, wenigstens für den männlichen Teil, die durch die Volkssitte gegebene Verführung zum Alkoholgenuß, der, bei der geringen psychischen Widerstandsfähigkeit der Imbezillen, sie leicht in Konflikte mit Sitte und Gesetz hineintreibt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine böse Klippe, an der viele Schwachsinnige scheitern, ist dann weiterhin der Militärdienst; alljährlich werden in Deutschland zweifellos Hunderte von Imbezillen leichteren Grades zum Heeresdienste eingestellt, deren geistiger Zustand nicht erkannt wird, bei der allgemeinen Musterung auch nicht ohne weiteres mit Sicherheit erkannt werden kann, und vielfach Anlaß gibt zu Schwierigkeiten und ernsteren Zusammenstößen. Hierher gehört ein Teil der „schwer Erziehbaren", die wegen anscheinender Böswilligkeit und Renitenz Anlaß zu Mißhandlungen durch Unteroffiziere und „alte Leute" geben, hierher auch ein Teil der Fälle von Widerstand gegen Vorgesetzte, Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung, Desertion usw. Ein Teil der weiblichen Imbezillen der entsprechenden Altersklassen fällt der Prostitution anheim.

In jedem Falle beeinträchtigt die Imbezillität die soziale Brauchbarkeit des Individuums, und die dies bedingenden Mängel werden häufig erst in dem Alter deutlich erkannt, in dem der geistig Vollwertige beginnt, eine mehr oder weniger selbständige Position im Leben zu erstreben oder zu erringen.

In welcher Weise nun im einzelnen sich die Lebensschicksale der Schwachsinnigen gestalten, (von denen ein sicherlich ziemlich großer Teil niemals Gegenstand ärztlicher Untersuchung oder der Anstaltsbehandlung wird), hängt sehr wesentlich davon ab, in welcher Weise die psychischen Mängel auf die einzelnen Seiten des Seelenlebens verteilt sind. Die Erfahrung hat dazu geführt, hier zwei große Hauptgruppen zu unterscheiden, die natürlich durch Übergangsfälle miteinander verbunden sind. Die eine, wohl die größere, wird repräsentiert durch die mehr stumpfen Formen; es gibt dabei Fälle, bei denen Gefühlsleben und Verstandestätigkeit gleich mangelhaft entwickelt sind; die Stimmung ist indifferent und nicht sehr weitgehenden Schwankungen unterworfen; das Triebleben zeigt weder quantitative Steigerung noch qualitative Abweichungen. Der Mangel an lebhaftem Interesse, lebhaftem Begehren, das Fehlen der Initiative erlaubt solchen Imbezillen, bei günstigen äußeren Verhältnissen ohne Konflikte im eng umgrenzten Kreise dahinzuleben, manchmal sogar ein bescheiden nützliches Dasein zu führen. Das volle Maß der tatsächlichen geistigen Unzulänglichkeit tritt erst hervor, wenn besondere Ereignisse den glatten Fluß der Tage unterbrechen und neue, überraschende Anforderungen an die Betreffenden stellen, z. B. selbständige Verwaltung des Vermögens nach dem Tode der Eltern, Übersiedelung in fremde oder schwierige Verhältnisse oder dergleichen. Gar nicht selten geben solche plötzlichen Ereignisse den Anstoß zum Auftreten vorübergehender Zustände von ängstlicher Verwirrtheit mit oder ohne Sinnestäuschungen oder zur Bildung wahnhafter Vorstellungen, Dinge, die aber von episodischem Charakter, des Ausgleichs fähig bleiben können. Nicht selten führen, auch bei diesen stumpfen Formen, besondere Umstände: Verführung, Alkoholgenuß und dergleichen zu strafrechtlichen Konflikten, bei denen die Imbezillität vor Gericht häufig übersehen wird. — Ein anderes Bild geben diejenigen Fälle, die man als erregte Form der Imbezillität zusammengefaßt hat. Bei diesen kann der Defekt auf intellektuellem Gebiete, speziell der Mangel der Urteilsfähigkeit, für die nähere und fernere Umgebung des Kranken lange Zeit hindurch verdeckt werden durch eine gewisse geistige Beweglichkeit und Phantasiebegabung, die, namentlich, wenn das mechanische Gedächtnis gut entwickelt ist, einen trügerischen Reichtum an Wissen und Ideen vortäuscht. Die nähere Prüfung erweist das Wissen als oberflächlich, unvollständig, unverdaut, die Auffassungen als schief und ungenau und die Kranken selber ganz unfähig, mit ihrem Gedächtnismaterial in sachlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zutreffender oder fruchtbarer Weise zu operieren. Die lebhafte Phantasie führt bei der vorhandenen Urteilsschwäche unter Mitwirkung von Eitelkeit und Renommiersucht zu mehr oder weniger bewußten Fälschungen der Erinnerung, bei denen die Unterscheidung von bewußter Lüge und krankhaft gefälschtem Vorstellungsinhalt sehr schwer sein kann („pathologische Lügner"). Ein Teil der Hochstapler und Betrüger, die mit hochklingendem Namen, angeblichen Beziehungen und Verdiensten Schwindeleien ausführen, gehört in diese Gruppe der Imbezillen. Daß diese Individuen mindestens einen Teil der Vorspiegelungen im Momente selber glauben, erleichtert ihnen das überzeugende Auftreten.

Die Unstetigkeit des Wollens, das Schwanken und die geringe Nachhaltigkeit der Gefühle und Affekte, die mit der leichten Erregbarkeit derselben verbunden zu sein pflegt, gibt auch der ganzen Lebensführung solcher Imbeziller etwas Unruhiges und Sprunghaftes: Aufgeben der Stellung, Ortswechsel, Reisen, rasch ergriffene und wieder aufgegebene Projekte, dazwischen Unternehmungen, die zu strafrechtlichen Zusammenstößen führen usw.; an phrasenreichen Motivierungen pflegt es bei jeder neuen Entgleisung nicht zu fehlen, ebensowenig an dem Versuche, die Schuld in den Umständen, in besonderem Pech oder in fremder Bosheit zu suchen.

Eine kurze besondere Besprechung erfordert hier das sog. **„moralische Irresein"** („moralischer Schwachsinn", „moral insanity"), obgleich die Bedeutung der Frage nach der Existenz einer solchen Form geistiger Anomalie in erster Linie auf gerichtlich-psychiatrischem Boden liegt. Die Tatsache steht fest, daß es Individuen gibt, bei denen die (etwa zum Zwecke gerichtlicher Begutachtung) vorgenommene Untersuchung als hauptsächlichsten Mangel eine herabgesetzte oder fehlende Erregbarkeit der höheren, speziell der sittlichen Gefühle erkennen läßt; dieser Mangel, der aus den Motiven des Handelns gerade diejenigen ausschaltet, die das Verhältnis des einzelnen zur Familie und Gesellschaft bestimmen, macht die Träger dieser seelischen Eigentümlichkeiten häufig zu „antisozialen" Elementen, die, je nach dem sonstigen Bildungsgrade, in mehr oder weniger grober Form in Zusammenstöße mit den durch Sitte, Ordnung und Gesetz gegebenen Normen geraten. Die Erfahrung hat gelehrt, daß im ganzen nur sehr selten die Diagnose eines „moralischen Irreseins" erlaubt ist, so selten, daß von manchen die Berechtigung einer solchen Diagnose überhaupt bestritten wird. Ein Teil der Fälle, die man hierher zu rechnen versucht sein könnte, entpuppt sich als gewöhnliche moralische Verkommenheit auf Grund schlechten Beispieles und schlechter Erziehung (z. B. bei den Abkömmlingen aus Verbrecherfamilien), ein anderer Teil betrifft Defektzustände bei Epilepsie, abgelaufene Fälle von Hebephrenie und Katatonie, oder Momentbilder aus dem zirkulären Irresein; endlich bleibt eine Anzahl von Fällen, bei denen neben der Abstumpfung der höheren Gefühle auch Mängel auf intellektuellem Gebiete, Anomalien des Trieblebens und sonstige geistige und körperliche Zeichen degenerativer Veranlagung bestehen, welche die Diagnose einer allgemeinen geistigen Minderwertigkeit erlauben. In solchen Fällen darf man von „moralischem Schwachsinn" sprechen, wenn man sich bewußt bleibt, daß man dabei den hervorstechendsten Zug eines im übrigen klinisch in die Kategorie der Imbezillität gehörenden Falles besonders betonen will. Es empfiehlt sich, um mögliche Mißverständnisse zu vermeiden, daß man die Bezeichnung „moralisches Irresein" möglichst wenig gebraucht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die körperlichen Erscheinungen, welche die Imbezillität begleiten, sind zum Teil direkt abhängig von dem Hirnprozeß, der auch als die Ursache der geistigen Schwäche anzusehen ist; hierher würden gehören: grobe Änderungen der Schädelform, epileptische Krämpfe, Sprachstörung, hemiplegische Lähmungen und Kontrakturen, Wachstumsdifferenzen, Reflexanomalien usw. bei cerebraler Kinderlähmung; andere somatische Anomalien gehören in die Kategorie der Entartungszeichen: Asymmetrien des Gesichtsskeletts, Strabismus, kongenitaler Nystagmus, Anomalien der Zahnentwicklung, Iriskolobom, Schwachsichtigkeit, Epi- und Hypospadie, Ausbleiben oder Mangelhaftigkeit der Entwicklung der Mannbarkeitszeichen (Infantilismus) u. dgl. m. Diese „Stigmata" weisen darauf hin, daß in einem frühen Stadium des intrauterinen Lebens irgendwelche Einflüsse die regelrechte Entwicklung des Embryo gestört haben. Einen Maßstab für die große Häufigkeit solcher körperlichen Zeichen bei Imbezillität haben in letzter Zeit an vielen Orten systematisch durchgeführte Untersuchungen an Schulkindern gegeben.

Die **Ursache** der Imbezillität ist immer in Entwicklungsstörungen des Großhirns zu suchen, und zwar können alle beliebigen anatomischen Veränderungen dabei die Ursache abgeben. Manchmal sind es grobe Defekte („geheilter" Hydrocephalus internus, Meningitis, Encephalitis, Hämatome infolge Geburtstrauma, Porencephalie u. dgl.), andere Male Veränderungen, die wir bei makroskopisch scheinbar nicht verändertem Hirn einstweilen nur zum Teil nachweisen können. Frühzeitiger chronischer Alkoholgenuß der Kinder scheint Imbezillität erzeugen zu können. Von größter Bedeutung sind erbliche Einflüsse, sei es in direkt erkennbarer Form, wie bei Lues und Alkoholismus der Eltern, oder in der allgemeinen Form der erblichen Beeinflussung des Keimes durch Faktoren, die in der nervösen Konstitution eines Erzeugers oder beider, oder der Ahnen, gegeben sind; die Imbezillität stellt eines der Glieder dar, in denen sich die fortschreitende erblich-nervöse Entartung aufeinanderfolgender Generationen ausspricht.

Die **Diagnose** der Imbezillität kann sehr leicht oder sehr schwer sein; ersteres ist der Fall bei den höheren Graden, die in weiterer quantitativer Steigerung zur Idiotie hinüberführen, letzteres bei den an der Grenze der normalen Beschränktheit stehenden Fällen. Hier handelt es sich zunächst um den Nachweis der psychischen Schwäche und dann um die Entscheidung der Frage, ob es ein angeborener, resp. früh erworbener Schwächezustand oder das Ergebnis eines Krankheitsvorganges ist, der im späteren Verlaufe eines normal beginnenden Lebens eingesetzt hat.

Um die psychische Schwäche eines Menschen in einem gegebenen Momente nachzuweisen, bedarf es einer systematischen Untersuchung der verschiedenen Seiten seines Seelenlebens. Am einfachsten festzustellen ist der Umfang des tatsächlichen Wissens, wobei als Maßstab der Vergleich mit geistesgesunden Gleichaltrigen gleichen Standes und entsprechender Erziehung zu gelten hat; der Besitz eines guten oder befriedigenden gedächtnismäßig erworbenen Wissensmaterials allein schließt, nach dem früher Ausgeführten, die Diagnose der Imbezillität nicht aus; vielmehr handelt es sich darum, zu prüfen, wieweit das Urteil das Gedächtnismaterial beherrscht. Es ist weiter festzustellen, wieweit von dem Individuum diejenigen Begriffe entwickelt sind, die wir als regelmäßigen Besitz der betreffenden Alters- und Bildungsklassen bei Normalen kennen, und wieweit der zu Untersuchende mit diesen Begriffen operieren kann; es gibt sich bei diesen Prüfungen Gelegenheit, ein Urteil über das Gefühlsleben, vielleicht auch über die Verhältnisse der Affekterregbarkeit zu gewinnen, obgleich gerade über diese letz-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teren Punkte die Art der Lebensführung und das Maß der tatsächlichen sozialen Brauchbarkeit besser Aufschluß gibt als die ärztlich ad hoc vorgenommene Prüfung; es kann deswegen unmöglich sein, im Momente, allein auf die Untersuchungsergebnisse hin, eine sichere Diagnose eines leichten Grades von Imbezillität zu stützen, während dieselbe aus dem ganzen bisherigen Verlaufe des Lebens sicher werden kann. Steht es nun fest, daß ein bestimmter Grad von geistiger Schwäche vorliegt, so ist noch die zweite, vorhin erwähnte Frage zu beantworten. Unterstützend wirkt es bei dieser Entscheidung, wenn eine bestimmte, klare Anamnese vorliegt, oder wenn der Nachweis einer anderweitigen Störung (Epilepsie, Alkoholismus, Arteriosklerose oder andere organische Erkrankungen des Zentralnervensystems) möglich ist, in deren Gefolge erfahrungsgemäß geistige Defektzustände sich entwickeln. Am schwersten gewinnt man Sicherheit, wenn es sich um Schwächezustände bei jugendlichen Personen ohne organische Erkrankung handelt, und es ist manchmal nicht möglich, im Augenblick mit Sicherheit zu sagen, ob angeborene Imbezillität oder jugendliche langsame Verblödung vorliegt. In der Mehrzahl der Fälle aber, bei denen diese Unterscheidung in Frage steht, geben die begleitenden Symptome der jugendlichen Verblödungsprozesse den Hinweis auf den Charakter des Prozesses; das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal aber ist zu suchen in der Art der geistigen Schwäche. Es besteht zwischen angeborener und erworbener Geistesschwäche ein Unterschied, wie, um ein Bild zu gebrauchen, zwischen einem nicht fertig gewordenen und einem nach der Vollendung eingestürzten Bauwerke; bei der erworbenen Geistesschwäche finden wir Reste und Spuren einer früher einmal vorhandenen geistigen Entwicklung, die nicht hätte stattfinden können, wenn von vornherein der im Moment der Prüfung nachgewiesene Defektzustand dagewesen wäre. — Als Muster einer Intelligenzprüfung muß die von Rieger veröffentlichte gelten [vergleiche Literaturverzeichnis]; Schemata zur Untersuchung sind auch von Sommer, Sioli und anderen angegeben worden.

Besondere Mühe hat man sich gegeben mit der Ausarbeitung feinerer und praktisch leicht zu handhabender Methoden für die Prüfung der Urteils- und Auffassungsfähigkeit (einfache Definitionen, Analyse von Sprichwörtern, Wiedergabe kleinerer Erzählungen usw.).

In bezug auf die **forensische Beurteilung** der Imbezillität im einzelnen muß auf die Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie verwiesen werden; es sollen hier nur einige kurze Hinweise allgemeiner Art gegeben werden. Das Handeln Schwachsinniger kann von verschiedenen Seiten ihres krankhaften Geisteszustandes her beeinflußt werden; so kann z. B. die Urteilsschwäche die Individuen verhindern, die Tragweite, die möglichen schweren Folgen einer Handlung zu erkennen, die eigene finanzielle Leistungsfähigkeit richtig einzuschätzen, das Verwerfliche oder Bedenkliche einer Handlung einzusehen, fremden Zureden den genügenden Widerstand entgegenzusetzen usw.; besonders gegenüber eigenen starken Impulsen sexueller oder andersartiger Richtung pflegt bei Imbezillen die intellektuelle Widerstandskraft ungenügend zu sein, und dies namentlich dann, wenn zu der allgemeinen und dauernden geistigen Minderwertigkeit noch besondere Umstände (Hitze, Alkohol, Erschöpfung, Affekte, z. B. Zorn, Heimweh u. dgl., Schwangerschaft, Menstruation) hinzukommen; andere Male ist das für die Art des Handelns Entscheidende das Fehlen eines normalen gefühlsmäßigen Maßstabes für die Qualität einer Tat; wieder bei anderen die Neigung zum phantastischen Hineinspinnen in erträumte Situationen ohne Rücksicht auf reale Widerstände.

Die gerichtliche Beurteilung des Geisteszustandes Schwachsinniger, so

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leicht sie bei den höheren und höchsten Graden der Geistesschwäche sein kann, gehört bei den leichten Formen, die an die Grenze der normalen einfachen Beschränktheit anstreifen, zu den allerschwierigsten Aufgaben des Sachverständigen, deren Lösung nur derjenige übernehmen sollte, der seiner psychiatrischen Schulung sicher ist. Tatsächlich werden sehr häufig Imbezille auch unter Mitwirkung sogenannter „Sachverständiger" verurteilt. Für die Beurteilung sind beim Schwachsinn mehr wie bei anderen Zuständen geistiger Anomalie quantitative Unterschiede oftmals das allein Entscheidende, gleichviel ob es sich um die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit oder um bürgerliche Rechtsfragen handelt; übersehen darf dabei aber nie werden, daß bei der Imbezillität nicht nur ein Minus auf intellektuellem Gebiete, sondern auch prinzipiell gleichwertige krankhafte Störungen der anderen Seiten des Seelenlebens vorhanden zu sein pflegen.

Als Zeugen sind Imbezille nur mit großer Vorsicht zu gebrauchen; die vorhin erwähnten allgemeinen Mängel des Gedächtnisses und des Urteiles, die erhöhte Beeinflußbarkeit, eventuell die gesteigerte Phantasietätigkeit sind gerade für die Verwertung von Aussagen Imbeziller vor Gericht von großer Wichtigkeit; die Erfahrung lehrt, daß damit von richterlicher Seite im allgemeinen nicht genügend gerechnet wird.

Eine eigentliche **Behandlung** der Imbezillität existiert nur, soweit dieselbe mit Kretinismus oder Myxödem vergesellschaftet ist (siehe unten); es handelt sich ja in der Regel um einen auf Gründen der anatomischen Hirnbeschaffenheit beruhenden Entwicklungsstillstand, der auf therapeutischem Wege im gewöhnlichen Sinne nicht beeinflußbar ist. Die ärztliche Fürsorge hat für die erwachsenen Schwachsinnigen in erster Linie die frühzeitige Erkennung des abnormen Zustandes zur Aufgabe, aus der sich die sonstigen, im wesentlichen sozialen, Indikationen von selbst ergeben. In Betracht kommt dabei die Verhinderung ungeeigneter Versuche der Eltern, den Imbezillen in eine mehr der elterlichen Eitelkeit, als der tatsächlich vorhandenen Leistungsfähigkeit entsprechende Laufbahn hineinzudrängen, und die Auswahl einer geeigneten Beschäftigung, die Verhinderung des Eintritts zum Militärdienst, die Verhinderung der Eheschließung und eventuelle forensische Begutachtungen. Sehr wichtig ist es, daß die Imbezillen zur vollkommenen Alkoholabstinenz erzogen werden.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Fürsorge für die geistig Minderwertigen stellt die Einrichtung der **Hilfsschulen** für schwachbefähigte Kinder dar, die an einer Reihe von Orten ins Leben gerufen ist, an anderen in Bälde zu erwarten steht. (In Deutschland bestanden im Jahre 1908 schon 1050 Hilfsschulklassen mit 24—25 000 Schülern.) Die Pädagogen haben die Belastung mit denjenigen schwachbefähigten Schulkindern, deren Störung quantitativ nicht so bedeutend ist, daß an eine gemeinsame Erziehung mit normalen Kindern überhaupt nicht zu denken ist, von jeher schwer empfunden; sie kommen im Unterricht nicht mit, hemmen den allgemeinen Fortgang im vorgeschriebenen Pensum und werden dabei doch stärker angestrengt, als ihrer psychischen Verfassung dienlich ist, abgesehen davon, daß sie leicht die Zielscheibe des Spottes der Mitschüler werden.

Die Aussonderung der für den gemeinsamen Unterricht nicht geeigneten Schulkinder erfolgt schon in den ersten Schuljahren unter gemeinsamer Tätigkeit von Lehrer und Arzt; (die Erkennung der überhaupt nicht Bildungsfähigen, der Idioten, ist natürlich nicht schwierig). An eine Prüfung der Sinnesorgane schließt sich die Beobachtung daraufhin an, ob das einzelne Kind voraussichtlich das Klassenpensum in der normalen Zeit wird erledigen können. Wird dies vom Lehrer verneint, so ist es Auf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gabe des Arztes, auf Grund der körperlichen Untersuchung festzustellen, wie weit etwa körperliche Anomalien: Skrofulose, Rachitis, Anämie, Schwerhörigkeit u. dgl. Faktoren, die einer Behandlung und Besserung zugänglich sind, die geringe Leistungsfähigkeit des Kindes bedingen. Kommen die beteiligten Untersucher zu der Überzeugung, daß der Zustand des Kindes dasselbe zum gemeinsamen Unterricht mit geistig vollwertigen Genossen ungeeignet macht, so wird es — also nach vorausgehendem ein- bis zweijährigem Besuche der Normalschule (Volksschule, Bürgerschule) — dem Unterrichte in der Hilfsschule überwiesen, die im besonderen Lehrplan, bei beschränkter Schülerzahl und verminderter Stundenzahl den individuellen Indikationen der geistigen Anomalie Rechnung trägt. Für Kinder der wohlhabenderen Kreise befinden sich an verschiedenen Orten Deutschlands Privatschulen für schwachbefähigte Kinder, die meist mit Internat verbunden sind und dadurch den ärztlich zu beratenden Leitern dieser Institute ein erhöhtes Maß erzieherischen Einflusses sichern; auch für die allgemeinen Volkshilfsschulen wird an manchen Orten erstrebt, die Aufsicht und Einwirkung der Schule nicht nur auf die Unterrichtsstunden zu beschränken.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse dieser Einrichtungen sind durchaus ermutigend; es steht zu hoffen, daß auch die Forderung der ärztlichen Mitwirkung bei der pädagogischen Arbeit an den Jugendlichen überhaupt immer allgemeiner erfüllt werden wird (Schulärzte).

Besonders wichtig ist bei der Einrichtung der Hilfsschule der Gesichtspunkt, daß sie gewissermaßen ein allgemeines und früh wirksames Filter darstellt, das aus der Bevölkerung diejenigen Individuen aussondert, von denen zu erwarten ist, daß sie ihrer geistigen Beschaffenheit nach keine vollwertigen Mitglieder der menschlichen Gesellschaft abgeben werden; es wird durch Einrichtung besonderer Listen möglich sein, daß z. B. Gerichte und Militärbehörden von vornherein, wenn sie mit diesen Persönlichkeiten in Berührung kommen, auf die geistige Minderwertigkeit aufmerksam gemacht werden, die, wie die allgemeine Erfahrung lehrt, noch immer allzu oft, zum Schaden der Betroffenen, übersehen wird.

Für schwachsinnige Heranwachsende mit antisozialen Tendenzen kommt die Zwangserziehung in Frage (vgl. dazu die Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie).

Literatur.

Berkhan, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Braunschweig 1904.

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887. (In Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten.)

Kreilsheimer, Über Idiotie und Imbezillität. I.-D., Straßburg 1896.

L. Laquer, Über schwachsinnige Schulkinder. Halle 1902. (In Hoches Sammlung zwangloser Abhandlungen.)

Mendel, Artikel „Dementia" in Eulenburgs Realenzyklopädie.

Moeli, Die Imbezillität. Deutsche Klinik, 96. Lieferung.

Rieger, Beschreibung der Intelligenzstörungen usw. Verh. der phys. med. Ges. in Würzburg, N. F., Bd. XXII

Schob, Über Schwachsinnigenfürsorge; psych. neur. Wochenschrift 1910—11, Nr. 23.

E. Schultze, Über Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. Verlag Gustav Fischer, Jena 1904.

Sollier, Der Idiot und der Imbezille. Deutsch von Brie, 1891.

J. Voisin, L'idiotie, 1893.

Weygandt, Über Idiotie; Referat, Dresden, 28. April 1905. Verlag C. Marhold, Halle a. S.

Derselbe, Leicht abnorme Kinder. Verlag C. Marhold, Halle a. S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Idiotie.

Wie oben erwähnt, werden die stärkeren und stärksten Grade geistiger Schwäche, soweit sie angeboren oder ganz früh erworben und somit als eine Entwicklungshemmung anzusehen sind, als **Idiotie** (oder Idiotismus) bezeichnet. Von manchen werden Übergangsformen zwischen Imbezillität und Idiotie als Halbidiotie unterschieden; nötig ist dies nicht, da die Grenze zwischen beiden genannten Formen, deren Trennung auf quantitativen Unterschieden beruht, notwendigerweise eine fließende sein muß. Für den praktischen Arzt ist die Imbezillität in ihren mannigfaltigen Formen von größerer Bedeutung als die Idiotie; letztere, die auch weit leichter zu erkennen ist und der Beurteilung weniger Schwierigkeiten macht, interessiert in praktischer Hinsicht hauptsächlich diejenigen, die mit der Anstaltsfürsorge der Idioten betraut sind, da eine sachgemäße Pflege und, soweit dies überhaupt möglich, Erziehung und Ausbildung der Idioten nur in entsprechenden Anstalten ausführbar ist, (an denen zurzeit noch vielfach übrigens die ärztlichen Gesichtspunkte gegenüber den „pädagogischen" nicht die gebührende Würdigung finden); es werden hier nur die wichtigsten Punkte kurz besprochen werden.

Der Idiotie liegen ausnahmslos schwere und ausgedehnte Hirnveränderungen (siehe unten) zugrunde, die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch in äußerlich sichtbaren groben Bildungsabweichungen zutage treten; es ist zu erwarten, daß der Begriff der Idiotie später einmal eine Auflösung in verschiedene pathologisch-anatomisch und ätiologisch getrennte Unterabteilungen erfahren wird; einstweilen nötigt das praktische Bedürfnis und die Unzulässigkeit unserer Kenntnisse über die feineren Hirnstrukturabweichungen zu einer vorläufigen symptomatologischen Zusammenfassung.

Bei den tiefsten Graden der Idiotie, bei Fällen, die z. B. infolge von ausgedehnten Mißbildungen der nervösen Zentralorgane meist nur kurze Lebensdauer aufweisen, findet wohl gar kein bewußtes Seelenleben statt; diese stehen in bezug auf die psychischen Vorgänge etwa auf dem Niveau der experimentell des Großhirnes beraubten Tiere; es sind sozusagen vegetierende Reflexmaschinen.

Auf der nächsthöheren Stufe kommt es zu Äußerungen seelischer Vorgänge, Ausdrucksbewegungen der Lust und Unlust, Abwehrbewegungen und dergleichen, neben zahlreichen motorischen Äußerungen elementarer Art, wie Grunzen, Reiben, Drehen, Schütteln, Lutschen, die mehr automatenhaften Charakter haben; es werden auf dieser Stufe Sinneswahrnehmungen gemacht, aber bei Wiederholung nicht wiedererkannt; lebhaft glänzende Gegenstände oder starke Geräusche fixieren wohl einmal flüchtig die Aufmerksamkeit. Von Erziehung ist natürlich keine Rede.

Höher stehen diejenigen Fälle, bei denen es zur Ausbildung einer, wenn auch unvollkommenen, Sprache kommt, die ohne korrekten grammatischen Bau und ohne normale Artikulation doch den Zweck einer summarischen Verständigung über körperliche Bedürfnisse und subjektive Zustände der Freude oder des Mißbehagens zur Not erfüllen kann. Diese Individuen lernen allmählich ihre Umgebung kennen, unterscheiden ihre Pfleger von anderen Personen, finden ihr Bett, haben Abneigungen gegen bestimmte Eindrücke, z. B. gegen Lärm oder helles Licht, erwerben Gewohnheiten und sind in beschränktem Maße erziehungsfähig in bezug

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf Reinlichkeit, Körperhaltung usw. An eine Schulbildung ist nicht zu denken.

Auch bei diesen Idioten ist, wie bei der Imbezillität, eine Trennung in stumpfere und erregte Formen möglich. Die stumpfe Idiotie macht sich schon in der früheren Kindheit in dem torpiden Wesen bemerklich; die Kinder schlafen mehr als andere; ihre Bewegungen sind langsam und unbeholfen; Sitzen und Gehen wird spät oder unvollkommen gelernt. Die erregten Formen fallen ebenfalls schon früh auf, und zwar durch ihre Unruhe und Beweglichkeit; anfänglich sind es mehr elementare Bewegungen, die triebartig, in monotoner Wiederkehr, unaufhörlich stattfinden; später, wenn die Kinder gehen gelernt haben, ein fortwährendes Umherspringen, Greifen nach allem Erreichbaren, Herumzerren an belebten und unbelebten Dingen, Lachen, Händeklatschen, Grölen usw., kurz motorische Äußerungen, die mit ihrer Sinnlosigkeit und Hartnäckigkeit die langmütigste Pflegeperson zur Verzweiflung treiben können. Stumpfe und erregte Formen die wiederum ohne scharfe Grenze ineinander übergehen, zeigen im übrigen auf psychischem Gebiete vielfache Übereinstimmung. Auch mit zunehmendem Lebensalter bleibt der Vorstellungsschatz ein geringer und erhebt sich nicht auf das Niveau des begrifflichen Denkens; das Gedächtnis kann in bezug auf mechanisches Einprägen genügend, ausnahmsweise sogar auffallend gut sein; einzelne besondere Fertigkeiten, z. B. manueller Art, können sich wohl entwickeln; das Gefühlsleben bleibt aber stumpf und beschränkt sich hauptsächlich auf körperliche Lust- und Unlustgefühle oder doch auf solche Interessen, die die eigene Person und das eigene Befinden angehen; im übrigen kommen auch bei diesen tiefstehenden Geistesschwachen im Affektleben große Differenzen vor; es gibt gutmütige, lenksame und boshafte, reizbare Idioten. Der Nahrungstrieb kann sich in tierischer Gefräßigkeit äußern; der Geschlechtstrieb, wenn er vorhanden ist, führt häufig zu exzessiver Masturbation oder auch, bei körperlich kräftigen Idioten, zu gefährlichen Attentaten auf die erste beste Frauensperson, bei weiblichen zu schamlosem Preisgeben, gar nicht so selten mit dem Ergebnis der Schwängerung.

Die körperlichen Erscheinungen bei der Idiotie sind außerordentlich mannigfaltig. Es ist wichtig, zu wissen, daß ausnahmsweise Idiotie bei körperlich ganz normaler Bildung vorhanden sein kann; in der Regel aber bestehen zahlreiche Abweichungen von der Norm.

Ein Teil derselben (Lähmungen, Kontrakturen, Reflexstörungen, halbseitige Wachstumsdifferenzen, Störungen der Augenmuskeln, allgemeine oder halbseitige Athetose, Chorea usw.) hängt ab von derselben groben Hirnveränderung, die im psychischen Bild die hochgradige Geistesschwäche bedingt. Andere Störungen, wie die große Gruppe der Anomalien in der Konfiguration des Schädels, die nicht Ursache, sondern Folge der Hirnanomalien sind, bringen äußerlich direkt die Abweichungen im Bau des Gehirns zur Anschauung. Wieder andere gehören dem allgemeinen Gebiete der Entwicklungshemmungen an; es gibt Idioten, die fast sämtliche bekannte körperliche Degenerationszeichen an ihrem Körper gleichzeitig aufweisen.

Zu den körperlichen Störungen gehört auch die Epilepsie, die fast in einem Drittel der Fälle von Idiotie beobachtet wird.

Die **Ursachen** der Idiotie fallen großenteils mit ihrer **pathologischen Anatomie** zusammen.

Wir treffen hier zunächst grobe Entwicklungshemmungen des Gehirns, die wahrscheinlich schon in einem frühen Stadium des intrauterinen Lebens eintreten; es handelt sich dabei sowohl um allgemeine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hemmung des Gehirnwachstums, eine Verbildung oder Nichtausbildung einzelner Teile — der Windungen der Rinde sowohl, wie etwa des Balkens, des Thalamus opticus, ganzer Lappen oder Lappenteile usw.

Andere Male sind es früh einsetzende ausgedehnte entzündliche Prozesse oder Erweichungsvorgänge (Hydrocephalus oder Porencephalie), Geburtstraumen, Encephalitis nach Infektionskrankheiten, Kopftraumen, Meningitis, diffuse Gliose (tuberöse hypertrophische Sklerose) und dergleichen mehr; als Ursache für einige dieser Veränderungen kommt der Alkoholismus oder die Syphilis der Erzeuger in Betracht. Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde von Idioten, die bisher trotz der großen Häufigkeit der Idiotie aus äußeren Gründen (z. B. ungenügender Einfluß der Ärzte in den betreffenden Anstalten) nicht in entsprechendem Maßstabe vorgenommen worden ist, wird später auch für die Fälle von scheinbar dunklem, ätiologischem Charakter Aufklärung verschaffen; die bisher vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, daß es sich dabei weniger oft, als man bisher annahm, um eigentliche Entwicklungshemmungen, als um feine und sehr früh einsetzende encephalitische Prozesse handelt.

Eine besondere Stellung nimmt die sog. „amaurotische familiäre Idiotie" ein (rasche Verblödung in den ersten Lebensjahren, seltener zur Zeit der zweiten Dentition, Extremitätenlähmungen, retinale Veränderungen, Marasmus, ev. epileptische Anfälle); die anatomische Untersuchung scheint hier noch verschiedene Gruppen aufdecken zu sollen. Auf die thyreogenen Schwachsinnsformen kommen wir im nächsten Abschnitt zurück. Die „mongoloide Idiotie" („Mongolismus, „mongolischer", „kalmückischer" Typus) ist in Deutschland weniger häufig als z. B. in England. Den Namen trägt diese Form der Idiotie wegen einer Reihe von eigentümlichen Bildungsanomalien: schiefstehende, geschlitzte Augen, Epicanthus, breite Nase, auffallend breite Backenknochen; daneben finden sich unregelmäßigere Verbildungen anderer Teile und eine abnorme Biegsamkeit der Gelenke.

In noch höherem Maße, als bei der Imbezillität, gilt es für die Idiotie, daß sie häufig das Endglied einer durch Generationen fortschreitenden Entartung darstellt; es macht sich dies namentlich darin geltend, daß nicht so selten eine ganze Reihe von idiotischen Kindern aus einer Ehe hervorgeht; der Degenerationsprozeß erreicht dann in diesen defekten Individuen, die für die Fortpflanzung nicht mehr in Betracht kommen, sein Ende.

Die **Diagnose** der Idiotie ist nicht schwer, soweit es sich nur um die Feststellung eines quantitativ bedeutenden geistigen Defektzustandes handelt. Die Abgrenzung gegen die Imbezillität ist für die Grenzfälle willkürlich, aber auch praktisch ohne große Bedeutung. Bei erwachsenen Idioten mit normaler Schädelbildung und fehlender Anamnese kann es schwer sein, festzustellen, ob es sich um angeborenen oder erst später, sekundär, entstandenen Blödsinn handelt; in Betracht kommen dabei differential-diagnostisch speziell die jugendlichen Verblödungsprozesse und die progressive Paralyse. Abgesehen von den bei der Diagnose der Imbezillität genannten psychologischen Unterscheidungsmerkmalen wird die progressive Paralyse durch die begleitenden organisch-nervösen Symptome, die jugendliche Verblödung in vielen Fällen auch spät noch an deren charakteristischen Merkmalen zu erkennen sein. Eine sichere Unterscheidung von Idiotie und Dementia praecox ist um so weniger unter allen Umständen zu verlangen, als es möglich ist (Kraepelin), daß der, seinem Wesen nach, allerdings heute noch unbekannte Prozeß, der der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dementia praecox zugrunde liegt, auch schon in der Kindheit einsetzen und das Bild der Idiotie erzeugen kann.

Die forensische Beurteilung der Idiotie ist einfach im Verhältnis zu den Schwierigkeiten, denen man bei der Imbezillität begegnen kann. Nur bei gröblicher Unwissenheit oder mangelhafter Untersuchung können die hohen Grade geistiger Schwäche, um die es sich hier handelt, übersehen werden. Der Kreis der von Idioten begangenen Delikte ist kein großer: das Häufigste ist wohl Diebstahl, Brandstiftung, Erregung öffentlichen Ärgernisses oder unsittliche Attentate, seltener Körperverletzung. Von strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit ist keine Rede; in Fällen mit einseitigen Begabungen ist dem Richter der Tiefstand des Urteiles zu demonstrieren. In zivilrechtlicher Hinsicht gilt, daß die Entmündigung, obgleich es sich um hochgradige „Geistesschwäche" handelt, doch wegen „Geisteskrankheit", als der im Sinne des Gesetzes intensiveren Störung, die eines höheren Maßes von Rechtsschutz bedarf, auszusprechen ist. Als Zeugen sind Idioten im Zivil- wie im Strafverfahren nicht zu brauchen.

Die **Prognose** der Idiotie ist natürlich eine sehr ungünstige; ein abgelaufener Hirnprozeß ist keiner irgendwie gearteten Behandlung zugänglich. Im übrigen hängen die Aussichten auch von begleitenden Umständen ab; Fälle mit häufigen epileptischen Anfällen zeigen oft ein rascher fortschreitendes Sinken des geistigen Niveaus. Das Maß der ceteris paribus erreichbaren Ausbildung der Reste von geistigem Leben hängt davon ab, ob und in welchem Zeitpunkte der Kranke sachgemäßer Fürsorge in einer Idiotenanstalt zugeführt wird.

Die **Behandlung** des meist abgeschlossenen Hirnprozesses bei der Idiotie ist aussichtslos. Die in Frankreich eine Zeitlang geübte Aufmeißelung des Schädels bei Mikrocephalie ist wieder aufgegeben worden; die Voraussetzung, von der sie ausging, daß die Raumbeengung durch den knöchernen Schädel das Hirn in der Entwicklung hemme, ist längst als irrig erkannt worden.

Die Aufgabe des praktischen Arztes bei der Idiotie besteht in erster Linie darin, daß er auf möglichst frühzeitige Unterbringung in einer Idiotenanstalt dringt; die Wahl derselben hängt von örtlichen und finanziellen Umständen ab; im Zweifelsfalle ist die Anstalt vorzuziehen, die dem ärztlichen Einfluß am meisten Raum gewährt.

Literatur.

(Vgl. die bei der Imbezillität genannten Schriften.) Außerdem:

Anton, Entwicklungsstörungen des Gehirns. Im Handbuch der pathol. Anat. des Nervensystems von Flatau und Jacobsohn.

Bourneville, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.

Hammarberg, Studien zur Klinik und Pathologie der Idiotie. Übersetzt von Berger, 1895.

Sachs, Die amaurotische familiäre Idiotie. Deutsche med. Wochenschr., 1898.

Schröter und Wildermuth, Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer.

Vogt, Über familiäre amaurotische Idiotie und verwandte Krankheitsbilder. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., XVIII.

Weygandt, Über Idiotie. Verlag C. Marhold, Halle a. S., 1906.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kretinismus, Myxödem und Psychosen bei Basedow'scher Krankheit.

Die in der Überschrift genannten Störungen, von denen die letzte mit den beiden ersten im klinischen Bilde gar nichts gemein hat, werden von dem ätiologischen Gesichtspunkt der Abhängigkeit von der im einen oder anderen Sinne veränderten Schilddrüsenfunktion zusammengehalten.

Unter **Kretinismus** versteht man einen endemisch auftretenden Zustand angeborener, dauernder, geistiger Minderwertigkeit, der verbunden ist mit bestimmten Veränderungen des knöchernen Skelettes, Hautveränderungen und einer Hemmung der geschlechtlichen Entwicklung, einen Zustand, als dessen Ursache Funktionsstörungen der Schilddrüse angesehen werden. Nach dem Grade der Ausbildung der spezifisch kretinistischen Erscheinungen unterscheidet man in absteigender Reihe: Zwergkretinen, Halbkretinen und Kretinoide.

Ein äußerlich hervortretender Kropf, den man früher als einen wesentlichen Bestandteil im Bilde des Kretinismus ansah, ist, wie wir heute wissen, nur in einem Teil der Fälle vorhanden; es schließt das nicht aus, daß trotzdem Anomalien der Schilddrüse vorhanden sein können, die sich zufällig dem Nachweis durch den palpierenden Finger entziehen oder an sich nicht palpabel sind.

Ausgesprochene Fälle von Kretinismus fallen ohne weiteres durch ihren charakteristischen Habitus auf: Zwergwuchs, verkrümmte, verdickte Extremitäten, großer Kopf, eingedrückte Nasenwurzel; an der Haut und am Unterhautzellgewebe fällt in erster Linie die eigentümliche Verdickung auf, die an bestimmten Stellen besonders deutlich ist: Augenlider, Lippen, Backen, Nacken und Schlüsselbeingruben, wo sich im Kindesalter auch die Pseudolipome finden. Die Hände und Füße sind häufig unförmig oder abnorm klein; die Haarentwicklung bleibt mangelhaft; die einzelnen Haare sind kurz und borstig, lassen sich leicht herausziehen, die Nägel bleiben defekt; die Haut ist trocken, die Sekretionen derselben sind gering. Mit zunehmendem Alter schwindet die eigentümliche teigige Schwellung der vorhin erwähnten Hautstellen, und es entsteht dadurch eine ausgedehnte Bildung von Runzeln und Falten, die speziell dem Gesichte schon früh den Ausdruck des Greisenhaften verleihen. Die Farbe der Haut ist im allgemeinen ein schmutziges Gelb, in Fällen, die von der freien Luft abgeschlossen aufwachsen oder leben, ein kreidiges Weiß. Abgesehen von der Haut zeigt auch die Zunge und die Gebilde im Rachen, speziell die Rachenmandel eine ausgedehnte Schwellung, die zur Mundatmung zwingt und dadurch in Verbindung mit den wulstigen Lippen und dem häufigen Speichelfluß dem Gesichte ein besonders charakteristisches Gepräge gibt. Auch die sehr häufige Schwerhörigkeit oder Taubheit wird großenteils auf die Veränderung der Rachenorgane zurückgeführt. Das Auge ist frei von Störungen. Der Gang der Kranken ist häufig ein schwerfälliger, watschelnder. Aus den abnormen Belastungsverhältnissen heraus entsteht nicht selten eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Genitalien bleiben auf kindlicher Stufe oder doch in einem Stadium mangelhafter Entwicklung. In Gegenden,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in denen Kretinismus vorkommt, trifft man, wie z. B. im Schwarzwald, leichte körperliche Zeichen kretinoider Art häufig auch bei solchen Individuen, die in psychischer Beziehung intakt sind oder an nicht kretinistischen Geistesstörungen erkranken.

Von episodischen Ereignissen sind in erster Linie epileptiforme Krämpfe zu erwähnen. Auf psychischem Gebiete besteht in allen Fällen eine Beeinträchtigung, die nichts Spezifisches hat und quantitativ von den höchsten Graden der Idiotie bis zu eben nachweisbarem Schwachsinn schwankt. Ein Teil der Kranken ist dadurch dauernd auf fremde Pflege und Hilfe angewiesen, während die leichteren Grade der psychischen Beeinträchtigung eventuell ein bescheidenes Maß von Ausbildung und sozialer Brauchbarkeit erlauben. Der bei dem Kretinismus vorhandene Schwachsinn gehört in der Regel zu den sog. stumpfen Formen. Das Bild der agilen Idiotie sucht man beim Kretinismus vergeblich.

Das Wesen der Krankheit besteht nach der heute geltenden Lehre in einer Störung der Funktion der Schilddrüse. Wir wissen, daß die Schilddrüse für den inneren Stoffwechsel des menschlichen Organismus unentbehrlich ist, und daß Beeinträchtigung oder Aufhebung der Funktion der Schilddrüse niemals ohne mehr oder weniger schwere Schädigung des Gesamtorganismus ertragen wird. Bei dem Kretinismus ist das Besondere der Umstand, daß diese Einwirkung von früher Jugend an stattfindet und dadurch den in der Ausbildung und Entwicklung begriffenen Organismus trifft. Hieraus erklärt sich die so weitgreifende Veränderung speziell des Knochensystems, die niemals in denjenigen Fällen erreicht wird, bei denen die Schilddrüse erst im späteren Leben aus irgendwelchen Gründen ihre Funktion einschränkt oder einstellt. (Welche anatomischen Veränderungen der Schilddrüse dabei wesentlich sind und durch welche chemischen Vorgänge die Beeinflussung des Organismus stattfindet, darüber wissen wir im einzelnen trotz zahlreicher Arbeiten nichts Sicheres.)

Die anatomischen Veränderungen im Körper der Kretinen sind im ganzen noch wenig bekannt, was sich aus der relativen und immer mehr zunehmenden Seltenheit der Fälle und der Seltenheit wirklich wissenschaftlicher Sektionsbefunde an reinen Fällen leicht erklärt. Am Knochensystem ist eine stark verspätete Verknöcherung der Epiphysenlinien und ein auffallend langes Persitieren der Nähte und Knorpelfugen am Schädel konstatiert worden. Die Befunde der Hirnrinde sind vereinzelt Gegenstand der Untersuchung gewesen; definitive Ergebnisse stehen noch aus.

Als eigentliche Ätiologie der Schilddrüsenerkrankung, die ihrerseits wieder das ganze Bild des Kretinismus erzeugt, ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein organisierter Krankheitserreger anzusehen, der im Trinkwasser zu suchen sein dürfte. Der Kretinismus ist an bestimmte Örtlichkeiten gebunden. Vor allem sind Bergländer (die westlichen Zentralalpen, die Ostalpen [Steiermark und Kärnthen], in geringerem Maße der Schwarzwald, vereinzelt die Vogesen, das Unterneckartal, Unter- und Mittelfranken) die Gegenden, in denen Kretinismus sich findet. In der Pfalz und im Saaletal ist der Kretinismus fast ganz verschwunden, und auch in den übrigen genannten Gegenden ist in der letzten Zeit ein starker Rückgang der Erkrankungsziffer zu verzeichnen, der zum Teil der verbesserten Einsicht in die Ursachen der Störung, zum Teil der allgemeinen Hebung der Lebenslage der dortigen Bevölkerung zu verdanken ist. Die Meeresküsten sind überall frei von Kretinismus. (Wo Kretinismus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

endemisch auftritt, werden auch höhere Prozentzahlen im Vorkommen der Taubstummenheit festgestellt.)

Bei der Diagnose können Verwechslungen mit Zwergwuchs anderer Entstehungsart, mit Idiotie bei Rachitis oder mit Rachitis allein oder auch mit Myxödem vorkommen. Einen Fingerzeig wird immer schon die Herkunft aus einer des Kretinismus verdächtigen Gegend abgeben. Normale Körpergröße schließt Kretinismus aus; ein palpabler Kropf ist keine Notwendigkeit.

Die Behandlung des Kretinismus besteht bei denjenigen Fällen, die erst im dritten Jahrzehnt oder noch später einer Therapie unterzogen werden können, im wesentlichen in einer dem jedesmaligen geistigen oder körperlichen Zustand angepaßten Pflegeversorgung. Bei denjenigen Individuen, die noch in den Entwicklungsjahren stehen, kann die systematische Einverleibung von Schilddrüse (oder deren Präparaten) ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprozesses hintanhalten, eventuell auch Besserung namentlich im psychischen Bilde herbeiführen. Sehr auffallend können diese Besserungen sein, wenn die Individuen in den ersten Lebensjahren einer solchen Behandlung unterzogen werden. Die Bekämpfung des Kretinismus als endemische Krankheit geschieht in erster Linie durch Versorgung der betreffenden Gegend mit gesundem Trinkwasser, wie dies stellenweise, z. B. in der Gemeinde Rupperswyl im Kanton Aargau, mit bestem Erfolge geschehen ist. Dem gleichen Zwecke dient die im Kanton Wallis hier und da bestehende Gewohnheit, die Kinder aus den verdächtigen Gegenden fortzubringen und anderswo aufwachsen zu lassen.

In gleicher Weise, wie der Kretinismus, ist das **Myxödem** („Cachexie pachydermique") abhängig von den Veränderungen der Schilddrüse, die in der Mehrzahl der Fälle eine starke Atrophie erkennen läßt. In fast experimenteller Form ist diese Abhängigkeit bewiesen worden durch die Erfahrung der Chirurgen, daß nämlich Entfernung der ganzen Schilddrüse oder des größten Teiles derselben in einem hohen Prozentsatz der Fälle geistigen Verfall mit bestimmten körperlichen Veränderungen („Cachexia strumipriva"), vereinzelt auch Todesfälle herbeiführt. Das wesentlichste Symptom des Myxödems ist die eigentümliche Hautbeschaffenheit. Es entwickelt sich unter Mucin-Einlagerung eine pralle, teigige Schwellung der Haut, in der ein Fingerdruck keine Delle hinterläßt, eine Schwellung, die Gesicht, Hände, Rumpf, kurz, den größten Teil des Körpers befällt und allmählich den Gesichtsausdruck der Kranken in charakteristischer Weise verändert. Die Haut ist dabei trocken, schuppend, die Schweißsekretion vermindert, der elektrische Hautwiderstand erhöht; die Nägel werden rissig; die Temperatur ist herabgesetzt, der Puls verlangsamt. Das Körpergewicht steigt infolge der Gewebsinfiltration stark an. Es besteht Trägheit des Darmes, Schwindel, Ohnmachten, Zittern der Zunge und der Hände. Der Gang ist schwerfällig, und das ganze Wesen des Kranken nimmt etwas Unbehilfliches, Plumpes an.

Auf psychischem Gebiete entwickelt sich ein torpider Schwachsinn. Die Kranken werden gleichgültig, langsam, verlieren die Initiative; die seelischen Vorgänge erfahren eine meßbare Verlangsamung und deutliche Erschwerung; die Merkfähigkeit wird herabgesetzt, die Kranken ermüden rasch bei allen geistigen Anstrengungen, sind teilnahmlos, kleinmütig, zaghaft, neigen zu Zwangsvorgängen, gelegentlich auch zu Sinnestäuschungen und Wahnbildungen und werden allmählich für ihre frühere Tätigkeit vollkommen unbrauchbar, bei höheren Graden auch hilflos

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und fremder Pflege bedürftig. Unterbrochen wird dieser langsame Prozeß eventuell durch episodisch eintretende Zustände von Verwirrtheit oder von Depressionszuständen. Mehr als drei Viertel der Fälle betreffen weibliche Kranke. Der Verlauf hängt davon ab, ob eine Behandlung mit Schilddrüse oder deren Präparaten eintritt. Wenn dieses der Fall ist, so ist eine auffallende Besserung, ja vollkommene Heilung zu beobachten, für deren Bestand allerdings immer Voraussetzung bleibt, daß die Einverleibung der wirksamen Substanz dauernd fortgesetzt wird.

Als eine weitere hierhergehörige Gruppe von geistigen Defektzuständen in Abhängigkeit von der Schilddrüse grenzt Weygandt (in seinem Referate „über Idiotie", 1906) Fälle eines endemischen strumösen Schwachsinns ab, die in Kropf- und Kretinismusgegenden noch häufiger sein sollen, als die typischen Fälle mit Zwergwuchs und Myxödem.

Literatur.

Bircher, Das Myxödem und die kretinoide Degeneration. Volkmanns Vorträge, Nr. 357, 1890.

Charcot, Myxoedème, cachexie pachydermique ou état crétinoide. Gazette des hôpitaux 1881.

Ewald, Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.) Bd. XXII, von Nothnagels spez. Pathol. und Therapie 1896.

Wagner v. Jauregg, Myxödem und Kretinismus; 1912 in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie.

Weygandt, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Halle 1904. (In Hoches Sammlung zwangloser Abhandlungen.)

Psychosen bei Basedow'scher Krankheit.

Während wir beim Kretinismus und beim Myxödem mit einer herabgesetzten inneren Sekretion der Schilddrüse zu rechnen haben, ist beim Morbus Basedowii und den ihn eventuell komplizierenden Psychosen sehr wahrscheinlich eine Überfunktion der Schilddrüse vorhanden. Die rein neurologische Symptomatologie des „Basedow" muß hier als bekannt vorausgesetzt werden. Psychische Veränderungen gewissen Umfangs werden wohl niemals ganz vermißt: Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, Hast und Unstetigkeit, Neigung zu Zwangsvorgängen und ängstlichen Verstimmungen, Erregung mit Schlaflosigkeit u. dgl. m. Auf diesem Boden entwickeln sich nun in einem Teile der Fälle ausgesprochene Psychosen, zum Teil deliriöse Zustände mit starker motorischer Unruhe (namentlich in der letzten Zeit vor dem Ende in den tödlich verlaufenden Fällen), zum Teil Krankheitsbilder, die wir ihren Symptomen nach als melancholische Depression oder manische Erregung bezeichnen müssen; aber auch diese Psychosen tragen eine besondere Färbung durch die allgemeine psychische Verfassung der Basedowkranken. — Die sichere Erkennung wird sich immer auf den Nachweis der körperlichen Basedow-Symptome stützen müssen; das Vorhandensein der klassischen Trias: Kropf, Exophthalmus, Tachykardie ist dazu nicht notwendig; oft ist nur Tachykardie und ein besonders feinschlägiger Tremor nachweisbar.

Die Behandlung, die natürlich den psychischen Indikationen der Fälle gerecht werden muß (Ernährung, Schlaf, Selbstmordgefahr usw.) richtet sich doch in erster Linie gegen die Grundkrankheit. Wir wissen heute, daß die operative Behandlung der Schilddrüse (Partialausschnei-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dung, Ligatur) gute Aussichten bietet, vielleicht auch die Bestrahlung nach Röntgen oder mit Radium.

Schizophrenische Prozesse (Dementia praecox).

Während es sich bei der Imbezillität und Idiotie um Hemmungen der geistigen Entwicklung in einem sehr frühen Stadium des Lebens handelt, während bei anderen Formen geistiger Schwäche die Ursache in organischen Hirnveränderungen klar zutage tritt, haben wir nun eine weitere Gruppe geistiger Anomalien kennen zu lernen, die, bei aller Mannigfaltigkeit der Formen, neben besonderen psychologischen Eigentümlichkeiten als gemeinsam aufweisen: Entwicklung der Krankheit zur Zeit der Pubertät oder bald hinterher oder doch in der ersten Lebenshälfte und — für einen großen Teil der Fälle — Ausgang in einen verschieden hohen Grad geistiger Schwäche. Man hatte dieser geistigen Schwäche zur Kennzeichnung ihres Auftretens in einem Lebensalter, dem sonst noch eine Weiterentwicklung der geistigen Fähigkeiten eigen sein sollte und im sprachlichen Gegensatz zu anderen Formen von Demenz zunächst den Namen „Dementia praecox" gegeben (Kraepelin).

Der Entwicklungsgang, der allmählich zur Aufstellung des Begriffes der Dementia praecox geführt hat, ist nicht ohne Vorbild in der Geschichte der Psychiatrie und ist von theoretischem Interesse. Die klinische Erkenntnis psychischer Anomalien hat ihre wesentlichsten Fortschritte auf dem Wege gemacht, daß man immer mehr zu unterscheiden gelernt hat zwischen symptomatischen Zustandsbildern und einheitlichen Krankheitsformen. Das beste Beispiel dafür welches von jeher zur Nachahmung angeregt und auch bei der Aufstellung der Dementia praecox als Vorbild vorgeschwebt hat, ist der Entwicklungsgang der Lehre von der progressiven Paralyse gewesen. Wir wissen jetzt, daß es kaum irgendeine Äußerungsform geistiger Störung gibt, die nicht im Verlauf eines Falles dieser Krankheit vorkommen könnte: Melancholische Zustände, manische Erregungen, Delirien, Wahnbildungen usw., Zustandsbilder, die trotz anscheinender Übereinstimmung mit einfacher Melancholie, Manie usw. nicht imstande sind, unsere Überzeugung zu erschüttern, daß wir in ihnen nur episodische Ereignisse und besonders gestaltete Verlaufsabschnitte zu sehen haben, die für die Gesamtdiagnose der Krankheit nicht wesentlich sind. Körperlich-nervöse Symptome und, auf psychischem Gebiete, die Entwicklung einer fortschreitenden Demenz stellen die Diagnose sicher und lassen die genannten Zustandsbilder als Verlaufseigentümlichkeiten erscheinen, die nicht gesetzmäßig und für das Wesen der Krankheit nicht von Bedeutung sind. Unsere Annahme, daß es sich um eine in sich geschlossene Krankheitsform handelt, wird dann schließlich bestätigt durch den in allen Fällen gemeinsamen tödlichen Ausgang und durch immer wiederkehrende pathologisch-anatomische Befunde. Leider liegen bei keiner anderen Form geistiger Störung einstweilen so günstige Verhältnisse vor, wie bei der progressiven Paralyse. Wir kennen überhaupt nur in kleiner Zahl sichere und regelmäßig wiederkehrende pathologisch-anatomische Befunde im Zentralnervensystem bei Geistesstörungen, und speziell bei der Dementia praecox existiert noch keine pathologische Anatomie von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allgemeiner Gültigkeit; auch die Verlaufs- und Ausgangsmöglichkeiten sind bei ihr viel größer, als bei der progressiven Paralyse.

An Stelle des nach verschiedenen Richtungen hin unbefriedigenden Namens „Dementia praecox" hat nun Bleuler die Bezeichnung der Schizophrenie ($\sigma\chi\acute{\iota}\zeta\omega$ = ich spalte) vorgeschlagen; die besonderen psychologischen Eigentümlichkeiten, die in diesem Namen ihren Niederschlag finden sollten hatten auch andere Autoren im Auge, die von einer Dementia dissecans, dissociativa oder sejunctiva sprachen. Gegen diese letzteren Namen läßt sich der gleiche Einwand erheben, wie gegen die „Dementia praecox", daß man nämlich mit „Demenz" nicht einen Krankheitsprozeß, sondern nur einen abgeschlossenen Zustand bezeichnen dürfe, und daß es unzweckmäßig sei, dieses Wort in Beziehung auf Fälle zu gebrauchen, von denen ein Teil niemals dement wird. Im folgenden wird „Schizophrenie" gleichwertig mit der eingebürgerten Bezeichnung „Dementia praecox" gebraucht werden.

Man kann bei allen dem Gebiete der Schizophrenie angehörigen Krankheitsprozessen primäre und sekundäre Symptome unterscheiden, nicht in dem Sinne, daß diese aus jenen abzuleiten seien, sondern so, daß die primären als Ausdruck des eigentlichen Krankheitsvorganges anzusehen sind, während die sekundären wechselnde, auch individuell verschiedene Gestaltungen darstellen; so würden Sinnestäuschungen, Wahnideen, Stimmungsanomalien usw. zu den sekundären Symptomen gehören (ebenso wie bei der progressiven Paralyse, bei der nur die fortschreitende Verböldung die eigentlich Achse des Krankheitsvorganges darstellt, während alle anderen Symptome von sekundärer Bedeutung sind).

Als „schizophren" bezeichnen wir den primären Vorgang einer eigenartigen Zerstörung der geistigen Persönlichkeit, die keine psychische Einheit mehr darstellt, sondern durch Spaltungsvorgänge zerlegt wird. Zu diesem Ergebnis führen verschiedene Einzelvorgänge: Störung des associativen Zusammenhanges im Denken mit der Wirkung des Hinnehmens logisch falscher Denkresultate, der Unempfindlichkeit gegen innere Widersprüche, Verlust des normalen Zusammenhanges zwischen Vorstellungen und Gefühlen mit der Wirkung der Gemütsstumpfheit, der Interesselosigkeit, ein Handeln ohne Ziel, ohne selbständige Initiative, Auftreten logisch oder gefühlsmäßig nicht verbreiteter Impulse u. a. m.

Andere nicht regelmäßig, aber häufig auftretende Eigentümlichkeiten finden bei der Schilderung der einzelnen Verlaufstypen ihre Darstellung.

Man unterscheidet als die hauptsächlichsten Verlaufsarten der Schizophrenie die einfachen hebephrenischen, die katatonischen und die paranoiden Formen — alle durch Übergangsbilder miteinander verbunden; die innere Verwandtschaft zwischen Hebephrenie und Katatonie ist größer, als die zwischen diesen beiden einerseits und den paranoiden Formen andererseits.

Hebephrenische Formen.

Die Bezeichnung Hebephrenie stammt von Kahlbaum und Hecker und wird heute allgemein gebraucht, wenn auch nicht mehr genau in der von den genannten Autoren gemeinten Umgrenzung. Wir verstehen darunter Fälle, bei denen sich, in der Pubertätszeit beginnend, in langsamerem oder raschem Verlaufe ein Zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stand geistiger Schwäche entwickelt. Es ist dabei für unsere Auffassung gleichgültig, ob dieser Prozeß in der einfachen Form einer allmählich fortschreitenden, stillen Verblödung oder unter Begleitung symptomatischer Zustandsbilder von Depression, Erregung, vorübergehender Wahnbildung usw. vor sich geht, ob das Ende schließlich ein Zustand hochgradigen Blödsinns oder eine nur mäßige oder kaum nachweisbare Herabsetzung der geistigen und gemütlichen Funktionen darstellt; in der Tat kommt alles das in mannigfachen Abstufungen und Übergangsbildern vor, ebenso wie ein Aufeinanderfolgen verschieden gefärbter Zustände bei demselben Kranken. — Wie die Imbezillität im pathologischen Bild ein besonderes Gepräge dadurch erhält, daß ihr Wesen in einer sehr frühzeitig einsetzenden Hemmung der geistigen Entwicklung besteht, so trägt die Hebephrenie in vielen Fällen gewisse charakteristische Züge, die ihr die Entstehung in den Jahren der Pubertätsentwicklung mit ihrer besonderen Geistesverfassung aufdrückt, Züge, die also nicht dem Krankheitsprozeß als solchem angehören und fehlen können, wenn die Störung erst in einem jenseits der Pubertätsjahre liegenden Zeitpunkte beginnt; hierher würde gehören: das Auftreten eigentümlicher, phantastisch unklarer Regungen, ein stark gehobenes Selbstgefühl, die Neigung zur Beschäftigung mit den tiefsten Problemen des Daseins, die Freude an klingenden Phrasen und stehenden Redensarten, an Wortwitzen und tätlichen Späßen u. a. m.; ein Teil dieser Eigentümlichkeiten erfährt durch krankhafte Momente noch eine besondere Verstärkung.

Das Krankheitsbild der Hebephrenie als solches besitzt nun mit den anderen, später zu schildernden Bildern der Katatonie und der Dementia paranoides eine Reihe gemeinsamer psychologischer Merkmale, aus denen eben (unter anderem) trotz äußerlicher Verschiedenheit auf innere Zusammengehörigkeit geschlossen werden darf.

Das Bewußtsein bleibt, von episodischen Erregungszuständen abgesehen, klar, die Orientierung über Raum und Zeit erhalten; Aufmerksamkeit und Interesse erfahren eine merkliche Abschwächung; Merkfähigkeit und Gedächtnis dagegen brauchen nicht oder wenigstens lange Zeit hindurch nicht deutlich beeinträchtigt zu werden. Der Gedankengang erleidet Veränderungen, die von Kraepelin als „Zerfahrenheit des Denkens" bezeichnet worden sind (erhöhte Ablenkbarkeit, Verlust des inneren Zusammenhanges der Vorstellungen, unvermitteltes Auftauchen von Einschiebseln).

Diese „Zerfahrenheit" des Denkens äußert sich in gleicher Weise in den Reden, wie in den schriftlichen Äußerungen der Kranken. Nachstehend der Brief eines Hebephrenikers an seine Familie, dessen einziger Inhalt eigentlich der Wunsch ist, nach Hause zu kommen.

„Ich bin genötigt, zum letzten Male Euch diesen kurzen Brief zu schreiben. Ich stelle an Euch zum ersprießlichen Schlusse die liebste Bitte mir möglichst bald hier fortzuverhelfen. Meine Angelegenheiten nötigen mich aufs peinlichste die Vervollkommnung meiner Sprache zu rechtfertigen. Es schlägt der Puls in meinen Adern warm und meine Sehnen können kaum erschnappen oder weiter tappen. Es ist in meinem Belassen, die nötigen Einfallspulse selber zu bändigen. Auch ist es mir ruhig die Sachlage nach Buße und Gewissen zu rechtfertigen und erkläre mit tröstlichen Worten, daß ich ein in den Sumpf begrabenes unangreifbares Kind bin. Mein Himmel hat mir versprochen die überwundene Kraft des allmächtigen Gottes und seiner Engelschaaren in erhöhtem Maße zukommen zu lassen und dem irdischen Höllenleben den Appetit zu verweigern. Unterdessen ist es mir zu einem Geheimnis geworden die Extreme des behilflichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arztes zu prüfen. Auch lasse ich es dahin gestellt ihn weiter über meine Entlassung zu fragen. Die Direktion der Anstalt möge ein Dafürhalten abgeben.

Wilhelm."

Noch deutlicher treten diese Züge hervor in nachstehendem Gedichte eines Hebephrenikers (eines Arztes):

„Weithin, unbekannten Gefilden Fantasie zuneigt
eigenartig irdisches Gefilde dort uns zeigt
Dem Boden stellenhaft üppiger Pflanzenwuchs entspringt
ein goldig leuchtend kronenarten Hellgestirn herdringt
Uebermenschliche Natur in diesen Sphären weilet
Rotierend leichtes Gasgemeng zum Flug sie erteilet
Elektrizität zur Kugelhalle fest sie keilet
Ihr Sehen ist von eigenartigster Empfindsame
Ihr Geist von helltiefer schöpferiger Kenntnisnahme
Gross und viel und leicht ist manches Menschen Glücken
Rund und schwer und flott er schöpfet zum Entzücken."

Die Urteilsfähigkeit sinkt allmählich; oft werden Wahnvorstellungen verschiedener Richtung, aber von geringer Festigkeit und oft abstrusem Inhalt gebildet, und zwar vielfach, ohne daß die Kranken eine diesem Inhalte entsprechende Gefühlserregung erkennen ließen. Es äußert sich darin eine zunehmende Abstumpfung des Fühlens und des Affektlebens überhaupt, die auch in der Teilnahmlosigkeit gegenüber der Familie, in dem Sinken des sittlichen und ästhetischen Niveaus bemerkbar ist. In vielen Fällen ist gerade das Mißverhältnis zwischen Vorstellungen oder Erlebnissen einerseits, dem dadurch ausgelösten oder wenigstens gleichzeitig vorhandenen Affekte andererseits sehr charakteristisch, nicht nur in dem Sinne, daß die Affekte im Vergleiche mit normalen Verhältnissen zu schwach, sondern auch so, daß sie inkongruent sind, z. B. Lachen bei ernstem Anlaß u. dgl.; zum Teil handelt es sich dabei allerdings wohl auch nur um eine nicht adäquate mimische Bewegung. Die Stimmung ist eine wenig feste; es ist den Kranken möglich, in kürzester Frist und bei nicht entsprechendem oder fehlendem Anlaß von Ausgelassenheit in tiefe Depression überzugehen und umgekehrt. Heitere spontane Erregung zusammen mit den Zeichen der intellektuellen Verblödung und den besonderen Eigentümlichkeiten des Pubertätsalters erzeugt die Bilder der „Albernheit" und des „läppischen Wesens".

Ein nicht kleiner Teil der Fälle von Hebephrenie, und zwar diejenigen, die ohne begleitende, aufdringliche Zeichen von „Geisteskrankheit" verlaufen, wird von der Umgebung, den Erziehern und auch von den Ärzten verkannt, oder doch lange Zeit hindurch falsch beurteilt und mit oft sehr unzweckmäßigen Mitteln zu „bessern" versucht; in den Irrenanstalten bekommt man diese Fälle nur ausnahmsweise zu sehen.

Der Hergang ist dabei gewöhnlich der, daß eine anfangs vielleicht vielversprechende geistige Entwicklung in der Pubertätszeit anfängt zu erlahmen, daß der Gymnasiast, Student, Kontorist, Schullehrer usw. in seinen Leistungen einen Stillstand, dann aber einen deutlichen Rückgang erkennen läßt, den die Umgebung auf Trägheit, Ablenkung durch Nebeninteressen, bösen Willen oder auch auf körperliche Ursachen, und zwar mit Vorliebe bei dem (der Zahl nach überwiegenden) männlichen Geschlechte auf frühere oder noch weiter betriebene Onanie, beim weiblichen auf die Entwicklungsvorgänge zurückzuführen pflegt. Kommt ein solches Individuum in sachverständige Beobachtung,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so zeigt sich bald, daß bei dem Zustandekommen der geistigen Unzulänglichkeit eine ganze Reihe psychischer Störungen zusammenwirkt: große Ermüdbarkeit und Ablenkbarkeit, Unfähigkeit zur Konzentration, Entschlußmangel, Abschwächung des Urteiles und Abstumpfung der höheren Gefühle. In manchen Fällen besteht dabei eine Zeitlang ein lebhaftes Bewußtsein der vorhandenen Unfähigkeit, welches durch allerhand subjektive Erscheinungen, Kopfdruck, Flimmern vor den Augen, Schwindelempfindungen, Sensationen von leerem Kopf u. dgl. unterstützt wird, und mit einer starken gemütlichen Depression einhergehen kann; anderemale ist die Störung von vornherein mit stumpfer Gleichgültigkeit verbunden, an der alle Ermahnungen abgleiten. Vorwürfe werden passiv hingenommen, mit nichtigen Ausreden oder mit träger Widerspenstigkeit beantwortet. Die gewohnten Arbeiten werden angefangen, aber nicht zum Abschluß gebracht; die Kranken sitzen z. B. stundenlang mit der Feder in der Hand vor dem Papier, ohne sich zum ersten Strich entschließen zu können; auch täglich wiederkehrende Verrichtungen, wie Ankleiden, Waschen usw. werden vernachlässigt.

Nicht selten wird die Schuld an diesem geistigen Zustand in den äußeren Umständen gesucht oder auf mangelnde Neigung zu der gewählten Beschäftigung geschoben; es wird dann ein Wechsel des Berufes oder ein suchendes Herumprobieren in verschiedener Richtung vorgenommen, bis allmählich auch den Angehörigen die Einsicht aufgeht, daß wohl eine geistige Anomalie die Ursache dieses gehäuften Mißgeschickes sein könnte.

In einer weiteren Gruppe von Fällen vollzieht sich dieses langsame Hinabgleiten in die geistige Schwäche unter äußerlich lebhafteren Erscheinungen, wenn nämlich eine erhöhte Erregbarkeit und Unruhe besteht, die den Kranken zu törichten Streichen oder Konflikten, zu Alkoholexzessen, Prügeleien, unsinnigen Einkäufen u. dgl. treibt. Einer meiner Kranken dieser Art legte, nachdem er in einem Bordell und mit einer alten Laternenfrau Raufereien durchgemacht hatte, einen Kranz „auf die Gräber der Märzgefallenen", verlangte von seinem Vater auf einer Ansichtspostkarte Auszahlung seines mütterlichen Erbteiles, erkundigte sich, wieviel Zeit man brauche, um „ein berühmter Mann" zu werden und bereitete sich darauf vor mit Auswendiglernen von Operntextbüchern. Auch wenn es nicht direkt zu Konflikten kommt, zeigt sich die innere Unruhe doch in der Unstetigkeit der Lebensführung, im Wechsel des Ortes, der Beschäftigung, des Berufes, wobei häufig die „Schriftstellerei" bevorzugt wird. Die bei dieser Gelegenheit zutage tretenden Schriftstücke zeigen besonders deutlich die „hebephrenischen" Züge: die innere Zusammenhanglosigkeit, die Sucht, mit Phrasen, die nach etwas klingen, Eindruck zu machen, das mangelhafte Urteil. Nachstehend eine Probe aus der „eigenen Philosophie" eines 20jährigen Hebephrenikers:

„Ich und die Welt wir gehören zusammen, wir sind Teile eines Wesens, Mittel zu einem Zweck, wir bilden den Menschen. Mensch ohne Welt ist undenkbar, Welt ohne Mensch ist sinnlos. Der Mensch ist nicht für die Welt geboren, aber die Welt ist für den Menschen gemacht. Ohne den Menschen wäre die Welt ohne Sinn. Erst als der Mensch auf der Welt erschien, war sie fertig. Der Mensch ist der Sinn der Erde. Er erkennt, daß sie einen Zweck hat, und der da heißt „Ich bilde den Menschen". Die Welt ist ein harmloses Ding (ich rede von der materiellen), Nebel und trügerischer Schein, aber der Mensch der „Schätzende" gibt ihr den Sinn und Wert, daß sie ist, was sie ihm ist. Was vom Himmel kommt, sucht auf Erden Demut; nur dem Demütigen wird die Tugend zu Theil; frei von Selbstsucht, Stolz und Eitelkeit und von jener anmaasslichen Thorheit, welche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

da spricht: das bin ich, erkenne er sich als ein Mensch von Gottes Gnaden, dessen Aufgabe es ist, das Menschliche mit dem Göttlichen zu vermählen."

Bei der mündlichen Entwicklung solcher Produkte fällt das gehobene Selbstgefühl und oft ein eigentümliches, selbstgefällig-theatralisches Wesen, gezierte pathetische Sprechweise und überlegenes Lächeln auf.

Eine weitere Gruppe einfacher Henephrenie wird repräsentiert durch Fälle, bei denen das intellektuelle Sinken von vorwiegend hypochondrisch gefärbter Depression begleitet wird. Speziell die Onanie spielt in den Ideenkreisen dieser Kranken eine große Rolle, gleichviel, ob das besonders hohe Maß von Exzessen in dieser Richtung wirklich stattgefunden hat oder nur in der Vorstellung der Kranken existiert. Die Mehrzahl dieser Individuen hat die bekannten Schundschriften über die Folgen der Onanie gelesen und bringt die dort geschilderten Symptome vor. Wiederholt habe ich Hebephreniker der hypochondrischen Gruppe gesehen, die mit Klagen über angebliche homosexuelle Veranlagung kamen, ohne daß diese Behauptung bei näherer Prüfung standhielt. Andere berichten von seltsamen Gefühlen und körperlichen Sensationen; sie „schlafen nur halbseitig" durch „Autosuggestion vom Kreuzbein"; es ist ihnen „pantheistisch ums Herz"; sie „zeigen das Phänomen des Todes"; sie haben „Atemnot vom Hinterkopfe aus". Die Plomben in den Zähnen sind „magnetisch" geworden und „erschweren das Öffnen des Mundes" u. a. m. — Bei einem Teil der hypochondrischen Hebephreniker ist dagegen auffallend die geringe Ausgiebigkeit ihrer Schilderungen, die sich oft auf nur wenige, mit passivem Widerstand festgehaltene Punkte beschränken; „Schwäche", „verdorbenes Blut", „zerstörte Nerven" und dergleichen wird angegeben, aber zu einer wirklichen Beschreibung dessen, was sie fühlen, bringt man häufig die Kranken nicht. Manche derselben bringen lange theoretische Abhandlungen zu Papier, in denen Unverdautes, Gelesenes mit eigenen schwächlichen Zutaten produziert wird.

Nachstehend eine Probe einer solchen Auseinandersetzung eines hebephrenischen Schullehrers von 19 Jahren:

„Bis jetzt lebte ich ganz in der Anschauung, daß die geistige Störung, oder wie ich nach meiner Empfindung sagen muß, Unterdrückung der Geistestätigkeit nur die notwendige Folge der Störungen im reflektorischen Nervengebiet sei. Ich kenne allerdings die Beziehungen, die zwischen den beiden Nervengebieten bestehen, nicht. Doch einen Gedanken möchte ich aussprechen. So wenig Einfluß die bewußte Tätigkeit auf die unbewußte ausübt, so daß sie im Schlaf aussetzen und auch im bewußten Zustand sehr gesteigert werden kann, ohne welche Störung im reflektorischen Nervengebiet wacher vorzurufen, so groß muß umgekehrt der Einfluß sein, den eine gesteigerte oder geschwächte Funktion des reflektorischen Nervengebietes auf die geistige Tätigkeit ausübt. Ob allerdings ein solches ursächliches Verhältnis bestehen kann und bei mir besteht, kann und will ich nicht entscheiden.

Ich könnte niemals sagen, meine Geistestätigkeit sei gestört, sondern sie ist unterdrückt. Sie ist eine subjektive Wahrnehmung, die eben besagt, daß ein Wille gegen die Störung kämpft. Diese Willenskraft läßt sich allerdings nicht von außen wahrnehmen. Wenn Sie mir nun entgegenhalten, wenn die geistige Tätigkeit allgemein gestört sei, so beziehe sich diese Störung doch auch auf den Willen, so frage ich nur, kann der Wille nicht trotzdem unnatürlich sehr gesteigert sein? usw."

Trotz der oft geringen tatsächlichen Ausgiebigkeit der Kranken bei Schilderung ihrer Beschwerden gewinnen diese hypochondrischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ideen bei der allgemeinen Abstumpfung des Wollens den größten Einfluß auf das Handeln und werden z. B. Anlaß zu monate- oder jahrelangem Aufenthalt im Bette; ich habe einen hebephrenischen Studenten gesehen, der wegen „Überanstrengung" den größten Teil seiner Zeit seit 5 Semestern im Bette verbracht hatte. (Auf die Fälle mit hypochondrischen komplizierten Wahnbildungen kommen wir unten noch zu sprechen.) Ein großer Teil dieser letzten Gruppe, die man in der Sprechstunde verhältnismäßig oft (z. B. gerade unter den Studierenden) zu sehen Gelegenheit hat, geht unter der Diagnose der Neurasthenie und wird in Kaltwasseranstalten und dergleichen eingewiesen; auch Zwangsvorstellungen monotonen Inhalts werden dabei beobachtet, ebenso wie hysteriforme Bilder.

Auch bei diesen einfachen Formen vorwiegend ruhiger, langsamer Entwicklung ist nun der Ablauf der Krankheitserscheinungen kein gleichmäßiger; Remissionen und schubartige Steigerungen, Stillstände und Beschleunigungen treten auf, ohne daß wir bisher sichere Kennzeichen besäßen, aus denen im Anfange der Störung über die voraussichtliche spätere Gestaltung etwas Bestimmtes vorhergesagt werden könnte; nicht einmal darüber ist im Anfang ein sicheres Urteil möglich, ob der Krankheitsprozeß bis zu höheren Graden der Verblödung führen oder auf einem Niveau nur mäßig verminderter geistiger Leistungsfähigkeit haltmachen wird; zweifellos kommen auch Fälle vor, die den Arzt durch völliges Schwinden aller Erscheinungen (bis auf etwaige schon vor der hebephrenischen Episode vorhandene psychische Eigentümlichkeiten) überraschen.

Diesen bisher geschilderten Fällen mit verhältnismäßig einfacher Verlaufsart stehen nun andere gegenüber, bei denen, unbeschadet der Übereinstimmung in den psychologischen Grundzügen, eine viel weitere Ausbildung episodischer Zustände und mannigfacher, komplizierter psychischer Störungen vorkommt, deren Vielgestaltigkeit und Unbeständigkeit die Aufstellung einzelner abgegrenzter Formen zu einem willkürlichen und überflüssigen Unternehmen macht.

Zunächst ist bei diesen Fällen häufig der Beginn nicht ein unmerklicher, langsam schleichender, sondern plötzlich eröffnet das symtomatische Bild irgendeiner Psychose, manchmal in stürmischer Weise, die Szene, bisweilen scheinbar ausgelöst durch ein besonderes Ereignis (Examen, Verlobung, Operation u. dgl.). Neben starker Depression oder Erregung und Schlaflosigkeit, Angst, Selbstvorwürfen, Suicidneigung treten Sinnestäuschungen auf, die sich auf alle Sinnesgebiete erstrecken, erschreckenden, beleidigenden, auch erhebenden Inhaltes sein können. Bevorzugt sind im allgemeinen Täuschungen der Tastsphäre (Gefühl des Elektrisiertwerdens, sexuelle Sensationen) oder Geschmackstäuschungen (Gift). Zugleich mit diesen Sinnestäuschungen, in Färbung und Richtung mit ihnen übereinstimmend, entwickeln sich Wahnideen, unter denen sich alle sonst bekannten klinischen Arten vertreten finden. Bei männlichen Kranken überwiegen die hypochondrischen Wahnvorstellungen, die in der Art ihres Inhaltes nicht selten schon früh die geistige Schwäche erkennen lassen. Es kann sich so das Bild einer scheinbaren hypochondrischen Paranoia entwickeln: Der Körper verfällt langsam inwendig, Parasiten nisten im Hirn, Darm und Leber verschwinden, die Speisen fallen in einen großen Hohlraum; der Verwesungsgeruch und die Bazillen, die von dem Fäulnisprozeß ausgehen, verpesten die Umgebung; das beste ist, so einen Menschen, der noch dazu durch Onanie selber schuld an den Veränderungen ist, totzuschlagen. Diese Kranken sind in hohem Maße für sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selber gefährlich, neigen zu Selbstverstümmelung und Selbstmord, verweigern häufig die Nahrung. Auffallend ist von vornherein oft die Affektlosigkeit, mit der die Beschreibung unerhörter körperlicher Veränderungen und Zustände vorgebracht wird und noch überraschender die Schnelligkeit, mit der manchmal das ganze Bild der hypochondrischen Wahnbildung verschwindet und einen geistigen Defektzustand als dauernden Rest zurückläßt.

Bei den hypochondrischen Formen, wie bei den anderen komplizierten Zuständen im Laufe der hebephrenischen Verblödung darf man sich von der scheinbaren Apathie und Indifferenz der Kranken nicht zu einer gefährlichen Sorglosigkeit verleiten lassen; der Zustand der Gleichgültigkeit kann von Episoden von Angst und Erregung oder von Verwirrtheit und Bewußtseinstrübung durchbrochen werden, in denen plötzliche Gewalttätigkeiten impulsiver Art keine Seltenheit sind.

Außer diesen hypochondrischen Bildern kommen nun alle möglichen anderen Verlaufsarten vor — scheinbare Manie oder scheinbare Amentia — auch die Entwicklung von Größenideen verschiedener Richtung kommt zur Beobachtung; bei den meisten dieser die Grundstörung komplizierenden Bilder sind die mehrfach erwähnten charakteristischen Züge der jugendlichen Verblödung doch erkennbar.

Auch die schließlich erreichten Endzustände von stabilem Schwachsinn lassen an den erwähnten allgemeinen psychologischen Merkmalen erkennen, auf welchem Wege der geistige Defekt zustande gekommen ist; manchmal ist eine gewisse hartnäckige Pedanterie in der Lebensführung ein Moment, welches den Kranken bei ihrem geschwächten Urteil eine Art von Schutz vor gröberen Entgleisungen gewährt.

Nachstehend eine charakteristische Probe aus Briefen eines im Zustande des Schwachsinns angelangten akademisch gebildeten Hebephrenikers (der wenige Jahre zuvor noch ein gutes Staatsexamen abgelegt hatte).

„Der Besuch der Mutter bietet einem im späteren Alter stets eine angenehme stützende Erinnerung, wo immerhin die erwerbenden Menschen die Lebensschicksale bringen. Die Sicherung des Erwerbes ist ja eine sehr wichtige Sache und ist die Quelle mit im mächtigen Bestehen, was letzteres für jeden Menschen eine wesentliche Sache ist; denn das Leben ist Arbeit in seinem Ruhepunkte, werbende Arbeit in seinem Ruhepunkt. Das Leben besitzt nicht immer einen ganz leichten Hergang; häufig gibt es Schwierigkeiten, und diese Schwierigkeiten siegreich zu bestehen, ist was Notwendigkeit. Man kann eigentlich sagen, daß die Grenze nach unten hin resp. gegen das Zurückschreiten in dem Sinne der Wörter: „nicht noch weniger" gegeben ist. Voranzuschreiten ist häufig nicht ganz leicht, ja sogar schwer; aber an der Erhaltung des Standes und der Weiterbildung des Arbeitsvermögens hat jeder zu arbeiten. Mein Leben fließt gleichmäßig dahin; ich arbeite in programmmäßiger dir bekannter Weise. Im neuen Testament bin ich am Ev. Johannis, dessen Sprache wegen ihrer Schönheit zunächst auffällt. In der Familie Sr. Majestät des deutschen Kaisers hat die Geburt eines Enkels und Thronerbens allseitig Freude erregt und ist den Eltern, ihren kaiserlichen Hoheiten, dem Kronprinzenpaar ein glückliches Gedeihen Ihres Kindes wie mein, unser Wunsch, so der Wunsch wohl der meisten, am besten wohl aller Menschen. Die konstitutionelle Monarchie gewährt am besten eine friedfertige Entwicklung der Menschen" usw.

Die körperlichen Erscheinungen bei der Hebephrenie haben nichts direkt Kennzeichnendes. Der Schlaf ist häufig gestört, das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gewicht ist je nach den wechselnden psychischen Zuständen starken Schwankungen unterworfen. Eine Reihe von Fällen zeigt Anomalien der Schweißsekretion (auch mit Änderung des allgemeinen Körpergeruches) oder ungewöhnlich starke Absonderung der Talgdrüsen mit auffallender Entwicklung von Akne; die Menstruation wird unregelmäßig oder bleibt aus. Tremor und fibrilläre Zuckungen kommen vor; nicht selten ist eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nervenstämme. (Auf gewisse, nicht nur der Hebephrenie, sondern der Dementia praecox im allgemeinen zukommende Eigentümlichkeiten im Verhalten der Pupillen wird im Kapitel Katatonie noch kurz einzugehen sein.)

Die Diagnose der einfachen Formen der Hebephrenie wird, wie schon oben erwähnt, häufig nicht oder nicht rechtzeitig gestellt. Die Mannigfaltigkeit der möglichen Bilder und Verlaufsarten gibt die Indikation ab, bei jeder in der Pubertätszeit und den darauffolgenden Jahren vorkommenden psychisch-nervösen Störung, auch bei solchen scheinbar leichter Art, an die Möglichkeit eines hebephrenischen Prozesses zu denken; besonders gilt dies für die Neurasthenie und neurasthenische Hypochondrie. Die Diagnose ist im allgemeinen zu stützen auf die oben aufgeführten hauptsächlichsten charakteristischen psychischen Symptome bei im ganzen erhaltener Besonnenheit und wenig gestörtem Gedächtnis: sinkende Intelligenz, schwindende Initiative, Abstumpfung der höheren Gefühle, alles das eventuell verbunden mit den dem Pubertätsalter überhaupt eigenen Besonderheiten. Gegenüber der Neurasthenie speziell ist für die Abgrenzung wichtig das Fehlen eigentlicher erschöpfender Ursachen und die Hartnäckigkeit, mit der die Störung auch einer zweckmäßigen Behandlung trotzt. Gegenüber depressiven Zuständen des beginnenden zirkulären Irreseins (vgl. dieses) ist differentialdiagnostisch der Hauptnachdruck zu legen auf das der Hebephrenie eigene Mißverhältnis zwischen Vorstellungen und dem begleitenden Affekte. Nebeneinanderbestehen hebephrenischer und katatonischer Symptome läßt oft die differentialdiagnostische Abgrenzung in dieser Richtung willkürlich erscheinen.

Die Prognose ist eine überwiegend ungünstige; Kraepelin findet auf Grund seiner Zusammenstellungen bei 75% derjenigen Fälle, die in Irrenanstalten kommen, als Endausgang höhere Grade der Verblödung, bei 17% mäßigen Schwachsinn und bei 8% scheinbare Heilung. Bei dieser Aufstellung darf nicht vergessen werden, daß ein nicht geringer Teil der Fälle von leichten Formen hebephrenischer Erkrankung in keinem Stadium des Verlaufes in eine Irrenanstalt kommt, so daß in Wirklichkeit die Zahl der mit Defekt Stillstehenden und der „Geheilten" viel größer ausfallen dürfte. Für die „Geheilten" ist die Heilung immer nur mit dem Vorbehalte auszusprechen, daß neue Schübe der Erkrankung noch nach Jahren den günstigen Ausgang wieder in Frage stellen können.

Die forensische Beurteilung der Hebephrenie hat in erster Linie den nachweisbaren Grad der geistigen Schwäche zu berücksichtigen, wobei die häufig vorkommende Täuschung durch ein verhältnismäßig gutes Gedächtnismaterial zu vermeiden ist. Auch bei nur mäßig geschwächtem Urteil wird man doch in Anbetracht der Schwere der hebephrenischen Erkrankungen überhaupt und der durchschnittlichen Unberechenbarkeit des Handelns der Hebephreniker mit der Annahme der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit vorsichtig sein müssen; für die zivilrechtliche Beurteilung lassen sich allgemeine Regeln nicht aufstellen. Besondere Berücksichtigung verlangt die Hebephrenie beim Militär; die Entwicklungszeit der hebephrenischen Störungen fällt ja noch in die Jahre,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in denen durchschnittlich der Dienstpflicht genügt wird. Tatsächlich gehört ein Teil der nicht oder schwer ausbildungsfähigen Rekruten, der „Widerspenstigen", der „Boshaften", der „Simulanten", der „Fahnenflüchtigen" in die Kategorie der Hebephrenie, und wiederum nur ein Teil von diesen wird in dem eventuellen Strafverfahren richtig beurteilt.

Von einer eigentlichen Behandlung der Hebephrenie kann, da wir die Ursache noch nicht kennen, kaum die Rede sein; die Hauptfrage, die an den Arzt dabei herantritt, ist die, ob der Kranke in Anstaltsbehandlung zu geben ist oder nicht. Es hängt dies bei den einfachen, ohne drängende Erscheinungen verlaufenden Formen sehr wesentlich davon ab, ob die Verhältnisse es erlauben, dem Kranken auf andere Weise das zu verschaffen, was seinem erkrankten Gehirn in erster Linie nötig ist, nämlich Ruhe. Der Arzt hat dabei zunächst die keineswegs immer leichte Aufgabe, die mehr oder weniger harten, in der Regel sehr unzweckmäßigen pädagogischen Versuche der Angehörigen abzuschneiden, indem er ihnen klar macht, daß es sich um Krankheit und nicht um bösen Willen, Faulheit oder moralische Verkommenheit („Folgen der Onanie") handelt. Völliges geistiges Ausspannen, Landaufenthalt unter günstigen hygienischen Verhältnissen, gute Ernährung, milde Wasserbehandlung sind dann diejenigen Heilfaktoren, unter deren Einwirkung so viel an Besserung zu erwarten ist, als im einzelnen Falle überhaupt zu erhoffen ist. Wenn es zum Stillstand des Prozesses kommt, zu einer Heilung mit Defekt, so handelt es sich darum, ein den geschwächten Fähigkeiten des Kranken entsprechendes Arbeitsgebiet zu finden, auf dem er sich entweder in mechanischer Beschäftigung oder auch mit bescheidener geistiger Arbeit unter fremder Leitung noch nützlich machen kann. Die allgemeine Erfahrung lehrt, daß es den Eltern sehr schwer wird, auf die Ausführung der von der Krankheit unterbrochenen höheren Pläne zu verzichten, und der Arzt erweist den jugendlichen Kranken den besten Dienst, wenn er bei dieser Entscheidung möglichst auf Herabsetzung der elterlichen Ansprüche drängt.

Katatonische Formen.

Die Katatonie stellt eine häufige Verlaufsart der Schizophrenie dar, die durch Zustände von Stupor und Erregung, durch die begleitenden sog. katatonischen Symptome (vgl. S. 48ff.) und den überwiegend ungünstigen Ausgang (in geistige Schwäche) gekennzeichnet ist. Nicht das Vorkommen eines einzelnen Symptomes, sondern die Kombination der verschiedenen genannten Erscheinungen und der charakteristische Verlauf machen den gegebenen Fall zur Katatonie.

Die Krankheitsbezeichnung „Katatonie" (Spannungsirresein) stammt von Kahlbaum, der schon vor beinah 40 Jahren über die von ihm aufgestellte Krankheitsgruppe Mitteilungen gemacht hatte, ohne damit aber allgemeine Anerkennung zu finden. „Die Katatonie", heißt es in Kahlbaums Definition, „ist eine Gehirnkrankheit mit zyklisch wechselndem Verlaufe, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupeszenz, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nerven-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

system mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen." An anderer Stelle setzt Kahlbaum die Katatonie in Parallele zur progressiven Paralyse von dem gemeinsamen Gesichtspunkte aus, daß bei beiden Krankheiten die episodischen Zustandsbilder nicht das Bestimmende für die Umgrenzung der Krankheit sind, sondern der ganze Verlauf und der Ausgang.

Die Kahlbaumsche Lehre hat lange Zeit wenig Anhänger gehabt, bis Kraepelin den seiner Meinung nach richtigen Kern derselben aufnahm und weiter ausbaute; Kraepelin faßt als katatonische Formen der Dementia praecox diejenigen Fälle zusammen, „in denen die Verbindung der eigenartigen Erregung mit dem katatonischen Stupor das klinische Bild beherrscht". Auch heute noch findet die Katatonielehre einzelne wenige Gegner; es ist aber zu erwarten, daß die allgemeine Anerkennung derjenigen Fälle, die in der ersten Lebenshälfte, unter den spezifisch katatonischen Erscheinungen mit dem Ausgang in geistige Schwäche verlaufen, nicht mehr lange auf sich warten lassen wird.

Die Katatonie beginnt in der Regel subakut unter dem Bilde einer psychischen Depression mit vagen körperlichen Beschwerden oder auch ohne solche; die Depression kann in wechselnder Form und Stärke monatelang andauern, ohne irgendwie etwas Charakteristisches zu haben. Häufig tritt dann, für die Umgebung ganz überraschend, irgendeine Seltsamkeit oder auffallendes Benehmen zutage; der Kranke verweigert plötzlich die Nahrung für kurze Zeit, verläßt ohne weiteres seine Stellung, macht einen unpassenden Heiratsantrag, lacht und weint grundlos, schließt sich ein, bleibt halbe Tage in der Kirche oder läuft von Hause fort, macht einen Selbstmordversuch; bei einem Kranken meiner Beobachtung war das erste Auffallende, daß er als Soldat plötzlich aus dem Gliede trat und seinem Offizier den Degen in die Scheide stoßen wollte; ein anderer ging aufs Gericht, um sich (grundlos) der Unzucht mit Tieren zu bezichtigen. Andere Male beginnt aus der einleitenden, oft übersehenen, Verstimmung heraus eine lebhafte, meist ängstliche Erregung mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen, die eine Zeitlang das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) vortäuschen können; häufig sind dabei phantastische Vorstellungen über Veränderungen des eigenen Körpers, Ideen mit religiöser Färbung und schwere Versündigungsideen. Die Untersuchung zeigt, daß die Orientierung dabei nicht in dem Maße verloren gegangen ist, wie dies das äußere Bild zunächst glauben lassen kann. Die Kranken neigen zu Gewalttätigkeiten impulsiver Art oder zu Selbstbeschädigungen und werden jetzt, wenn nicht schon vorher, in Familienpflege unmöglich.

Die eigentlich charakteristischen Krankheitszüge treten erst hervor, wenn es zu Stupor oder Erregung kommt, was ganz plötzlich und unvermittelt geschehen kann, so daß man z. B. den heute stark unruhigen Kranken am nächsten Tage im ausgesprochenen Stupor stumm und regungslos wiedersieht; eine Reihe von Fällen beginnt von vornherein mit Stupor oder Erregung. Der katatonische Stupor ist diejenige Symptomenkombination, welche die eigentümlichen psychomotorischen Veränderungen bei der Katatonie am überzeugendsten in die Erscheinung treten läßt. Die Bezeichnung „Stupor" ohne weiteres Attribut sagt nichts aus über die Zugehörigkeit des Zustandes zu einer bestimmten Krankheitsform; sie ist nur eine kürzeste Umschreibung des äußerlichen Bildes, d. h. des regungslosen und stummen Verhaltens, das aus mannigfachen psychologischen Ursachen heraus entstehen kann, z. B. bei hohen Graden der Angst, bei Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen; beim katatonischen Stupor ist wahrscheinlich das Bestimmende eine selbst-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständige Veränderung der psychomotorischen Innervationsverhältnisse, von deren Wesen wir nichts wissen, die sich aber an bestimmten Eigentümlichkeiten erkennen läßt. Für diese sind allmählich stehende Bezeichnungen üblich geworden, die man, auch wenn man wenig Freude an neugebildeten Fremdworten hat, zur raschen Verständigung einstweilen nicht entbehren kann. So bezeichnet man zunächst als Negativismus eine Reihe von motorischen Äußerungsformen, als deren Kern der wahllose Widerstand gegen äußere Beeinflussungen des Wollens und auch gegen eigene Impulse anzusehen ist. Es gibt auch einen Negativismus im Vorstellungsablauf in dem Sinne, daß mit jeder auftauchenden Vorstellung zugleich eine Verneinung derselben im Bewußtsein erscheint. Das braucht sich nicht notwendigerweise im Benehmen des Kranken abzuzeichnen; der eigentliche motorische Negativismus aber schafft sehr charakteristische und deutliche Bilder; jeder Versuch, an der Stellung, Lage oder Haltung eines im katatonischen Stupor befindlichen Kranken eine Änderung vorzunehmen, führt zu intensiver Anspannung derjenigen Muskeln, die die Antagonisten der beabsichtigten passiven Bewegung sind, und jeder eigene Impuls des Kranken löst einen Gegenimpuls aus, der eine Bewegung nicht zustande kommen läßt oder die angefangene abbricht. Es ergeben sich aus dieser Störung sehr eigentümliche Bilder, da sie alle Seiten der motorischen Funktion in Mitleidenschaft ziehen kann. Zunächst sind die Kranken stumm. Daß diese Stummheit nicht etwa darauf beruht, daß überhaupt kein Ablauf von Vorstellungen stattfinde, beweisen oft bestimmte Anzeichen, z. B. Gesichtsrötung bei dringendem Fragen und Zureden, Pulsbeschleunigung und auch etwa einzelne schwache Anläufe zu Lippenbewegungen, die die richtige Antwort mit Andeutungen der ersten Silbe zu bilden anfangen wollen, ohne zu vollenden. Die Kranken nehmen spontan keine Nahrung und leisten dem Einflößen derselben energischen Widerstand durch Zusammenbeißen der Kiefer; sie halten Kot und Urin zurück; die Schluckbewegung, die den (oft im Übermaß) abgesonderten Speichel beseitigen sollte, unterbleibt, so daß sich größere Mengen faulig riechender Flüssigkeit im Munde ansammeln. Eine einmal eingenommene Körperhaltung wird festgehalten ohne Rücksicht auf Bequemlichkeit und Zweckmäßigkeit; die Kranken stehen starr in einer Ecke oder neben dem Bette, bis die Füße anschwellen; sie liegen auf dem Bauche oder mit angezogenen Beinen oder in Knieellenbogenlage oder sonstigen ungewöhnlichen Stellungen Wochen und Monate hindurch. Dazu kommen festgehaltene Innervationen einzelner Muskelgebiete, z. B. schief geneigter, vornübergebeugter Kopf, eingeschlagene Daumen, übereinander gekreuzte Beine, rüsselförmiges oder papageischnabelartiges Vorschieben des Mundes, Augenzukneifen, Stirnrunzeln, halbseitige Facialiskontrakturen u. dgl. m. Je nach den durch die jedesmalige Stellung geschaffenen mechanischen Verhältnissen kommt es zu allerlei Schädigungen der Haut und tieferliegender Teile — Rötung, Intertrigo, Decubitus, Ulzerationen; auch eine Radialislähmung habe ich so entstehen sehen; im Sommer kann beim regungslosen Herumstehen im Freien Erythema solare oder Bläschenbildungen entstehen, wenn die direkte Sonneneinwirkung nicht ferngehalten wird, der sich die Kranken freiwillig nicht entziehen.

Im scheinbaren Gegensatz zum Negativismus steht nun ein weiteres psychomotorisches Symptom bei Katatonischen; die Befehlsautomatie, worunter man eine erhöhte Beeinflußbarkeit der motorischen Vorgänge durch fremden Willen oder äußere Eindrücke versteht. Passiv gegebene Stellungen der Glieder, auch solche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unbequemster Art, die ein Gesunder gar nicht imstande wäre, längere Zeit festzuhalten, werden von den Kranken eventuell stundenlang innegehalten (Flexibilitas cerea) oder in Nachahmung fremder Bewegungen angenommen; ebenso werden fremde Äußerungen aufgenommen und nachgesprochen (Echopraxie, Echolalie). Negativismus und Befehlsautomatie kommen nacheinander in verschiedenen Muskelgebieten beim selben Kranken vor.

Einen Übergang zu katatonischer Erregung bilden Fälle, bei denen neben Stummheit, Nahrungsverweigerung und Negativismus ein selbständiger Bewegungsdrang einhergeht, der dann gewöhnlich in monotoner Weise bestimmte Bewegungen stundenlang, tagelang wiederholt (Stereotypie). Die Äußerungsformen dieser Bewegungsstereotypie sind im einzelnen außerordentlich verschieden: rhythmisches Wiegen des Oberkörpers im Bett, Reiben und Scheuern an der Haut bis zum Entstehen von Ulzerationen, rhythmisches Aufblasen der Backen, Schnalzen mit der Zunge, auf den Zehen gehen, einförmige Kreisbewegungen; ein Kranker riß sich, Haar für Haar, Backenbart und Schnurbart aus und dekorierte damit die Wand in bestimmter Zeichnung. Bei der eigentlichen katatonischen Erregung tritt der Bewegungsdrang in sinnloser Weise und mit der größten Heftigkeit in die Erscheinung, oft unter lautem Schreien und Brüllen, auch mit brüsken Gewalttätigkeiten gegen Belebtes und Unbelebtes — Scheibeneinschlagen, Attentate auf Mitkranke oder Wartepersonal, lebhafte Masturbation, Schmieren mit Kot, Urin und Speichel, Roll- und Drehbewegungen des ganzen Körpers, plötzliche Suicidversuche. Erregung und Stupor können rasch miteinander abwechseln; dann wieder kommen Zeiten leidlich geordneten Benehmens, aber doch mit zahlreichen Absonderlichkeiten, namentlich motorischer Art: Grimassieren, unmotiviertes Lachen, Luftschlucken und Rülpsen, Ausziehen der Kleider, Schreiben mit der linken Hand u. dgl. Besonders auffallend ist das plötzliche Auftreten impulsiver Handlungen, die auch mitten aus dem Stupor heraus erfolgen; die Kranken springen aus dem Bett, rennen an die Tür und zurück ins Bett, reißen anderen Kranken die Bettdecke weg und zerren sie an den Genitalien, entblößen sich plötzlich und springen so im Zimmer umher, erhaschen irgendeinen Gegenstand und stecken ihn in den Mund oder in die Vagina; eine Kranke sah ich, die im Garten eine Maus gefangen, lebendig in den Mund gesteckt und zerbissen hatte; ein anderer stürzte in das Zimmer eines Privatkranken, um mitten drin auf dem Fußboden seinen Stuhlgang zu deponieren. Auch die Sprache zeigt sehr häufig Veränderungen; die Kranken lispeln, sprechen in rhythmischem Takte oder in erhöhter Tonlage, à la baby oder mit künstlichem ausländischem Akzent. Oft werden ganz sinnlose Silbenzusammenstellungen oder zusammenhanglose Worte in endloser Reihe wiederholt: „Verbigerieren“ (Kahlbaum); andere Male kehrt wochenlang eine einzige Redensart bei jeder ärztlichen Visite wieder: „das hat ja keinen Wert“, „ich bin nicht schuldig“, „ich will in die Schule“, „kann die Hand nicht schon wieder geben“. Andere Fälle zeigen das als „Sprachverwirrtheit“, bezeichnete Symptom: die Mischung von Verständlichem mit ganz Sinnlosem bei fließender Redeweise oder das sog. „Vorbeireden“, wobei die Kranken auf eine Frage nicht die richtige, sondern, ohne Zögern, eine Antwort geben, die inhaltlich mit der Frage nur lose Beziehungen hat, aber doch erkennen läßt, daß der Kranke in seiner Auffassungsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist.

Die der Sprachverwirtrheit entsprechende Störung zeigt sich auch in den Schriftstücken der Kranken, die äußerliche Seltsamkeiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in großer Zahl aufzuweisen pflegen: sehr kleine oder sehr große Schrift, Nachahmung von Druckschrift, Schrift mit der linken Hand, Unterstreichungen, eigene Interpunktion, Schnörkel und Zeichnungen. Nachstehende Probe verbigerierender schriftlicher Produktion stammt von einem Katatoniker, der als Gärtner eine große Anzahl von botanischen Namen kennt, von denen in der im übrigen sinnlosen Aneinanderreihung hier und da einzelne Bruchstücke auftauchen.

Qualo formilis quanto fleten pleso paltrian vermente liuveur qualosteliquien soulis paltre sonate lequir retem sieli potre lefoten, quante telarefüssi, alosigia renomastle flotenquanten lihsia Pattischermo taglis flatenia lismen rio sento tolis pulvter, tolium mapante vielera tegetalisiant vambre ripentva Mipcle tofleur scheupons fleure plein olafta, sermis culum ropantoa, glapermis folia inglerschongs, fermicitalien gloretoa piele reflumen clube soa neglisomen tisler epimen glizeniun tinktleboa iisentoa, mingle pormica tulis balos privatie taglezilirium rapantoa pysher silongs tulista peri eferm gliessen tagel, le formate neniesste pipler lacoste somtle fühlen reped gliefen alste sigrese tilipharta regla maci conste fromeria glüccerems. louphor manahste quetings coleons tiefel riegs sahlios porpbe sirquis parnuhste floten quante tigel le flaten pulium sancte formisquena.

Charakteristisch für die Katatonie ist, daß dieser Kranke in seinen guten Stunden noch ganz korrekte Auskunft über Bäume und Pflanzen im Garten geben konnte.

Bei längerer Dauer der Krankheit können sich einzelne der genannten Eigentümlichkeiten in Haltung, Sprache, Benehmen als sog. „Manieren" fixieren, an denen dann, auch nach langer Zeit noch, der Weg zu erkennen ist, auf dem ein sonst an sich vielleicht nicht charakteristischer Zustand geistiger Schwäche zustande gekommen ist.

Abgesehen von diesen motorischen Krankheitserscheinungen sind nun der Katatonie charakteristische psychische Symptome eigen, die zum Teil identisch sind mit den bei der Hebephrenie erwähnten. Zu diesen, die langsame Abschwächung des Urteils begleitenden Erscheinungen gehört die schon erwähnte „Zerfahrenheit" des Denkens bei leidlich oder gut erhaltener Merkfähigkeit und entsprechendem Gedächtnis, die Abstumpfung des Gefühles, die gemütliche Verblödung, die Neigung zum Auftreten unsinniger Wahnvorstellungen, die Unberechenbarkeit und Verschrobenheit in allem Handeln, das Mißverhältnis zwischen Vorstellungsinhalt und Gemütsbewegungen.

Die Orientierung kann im ganzen Verlaufe erhalten bleiben, wenn nicht Zustände besonderer Erregung oder halluzinatorische Trübung des Wahrnehmungsvorganges dazwischentreten; man kann beobachten, daß Kranke monatelang, ja jahrelang, scheinbar gänzlich teilnahmslos im katatonischen Stupor liegen und dabei doch, wie sich später herausgestellt, das Datum, Äußerungen Dritter über Tagesereignisse, wechselnde Namen der Ärzte, des Pflegepersonals usw. verfolgt und sich gemerkt haben.

Häufig besteht eine psychische Analgesie ohne jede Beeinträchtigung des Bewußtseins, die es den Kranken ermöglicht, sich mit lächelndem Gesicht, in aller Ruhe, wie ich das einmal sah, mit den Fingern die frische Narbe einer Laparotomieoperation aufzureißen oder, wie jener vorhin erwähnte Kranke, die Haare einzeln, Stück für Stück auszurupfen; es ist klar, daß diese psychische Analgesie in Verbindung mit inneren unsinnigen Antrieben oder hypochondrischen Sensationen zu allen möglichen Selbstbeschädigungen besonders disponiert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An körperlichen Erscheinungen findet sich bei der Katatonie in wechselnder Häufigkeit Steigerung der Sehnenreflexe, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme, speziell des Facialis, Unruhe in der mimischen Muskulatur, die nicht psychisch bedingt ist, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Muskelsubstanz, vermehrte Speichel-, Talg- und Schweißsekretion, Ausbleiben der Menses, subnormale Temperaturen.

Von diagnostisch nicht geringer Bedeutung scheinen bestimmte Eigentümlichkeiten im Verhalten der Pupillen zu sein; ihre Verwertung wird einstweilen nur in entsprechend eingerichteten Anstalten möglich sein, da zu ihrer sicheren Feststellung besondere optische Instrumente (Westiensche Corneallupe) und Übung notwendig sind. Die Schätzung der diagnostischen Tragweite dieser Feststellungen an den Pupillen, über welche die Meinungen noch etwas divergieren, hängt wesentlich ab von der Ausdehnung, die man dem Begriffe der Katatonie (und der Dementia praecox im ganzen) gibt.

Die Pupillen sind bei der Schizophrenie durchschnittlich weiter als in der Norm und wechseln in ihrer Weite ungewöhnlich stark und oft. Vorübergehend wird in seltenen Fällen von schwerem katatonischem Stupor eine katatonische Pupillenstarre beobachtet, die mit Mydriasis oder Miosis oder aber auch mit ovalen, tropfen- oder strichförmigen Pupillenformen verbunden ist (A. Westphahl). Selbstverständlich handelt es sich dabei (wie bei der hysterischen Pupillenstarre) niemals um reflektorische, sondern um absolute Starre. — Pathognomonisch für die Dementia praecox ist das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize bei erhaltenem Lichtreflexe (Bumke).

Dieses Symptom ist da, wo es einmal aufgetreten ist, stets dauernd nachzuweisen; es kommt gelegentlich schon in frühen Stadien des Leidens zur Entwicklung, findet sich auf der Höhe der Krankheit in mehr als der Hälfte der Fälle und fehlt niemals bei tief verblödeten Kranken. Bei dieser Entwicklung geht die reflektorische Erweiterung der Pupille auf starke sensible Reize hin später verloren, als die Pupillenerweiterung, die beim Gesunden jedes intensive geistige Geschehen (geistige oder körperliche Anstrengung, Aufmerksamkeit, Affekte) begleitet, und auch später, als die durch das Wechselspiel der psychischen Vorgänge bedingte „Pupillenunruhe".

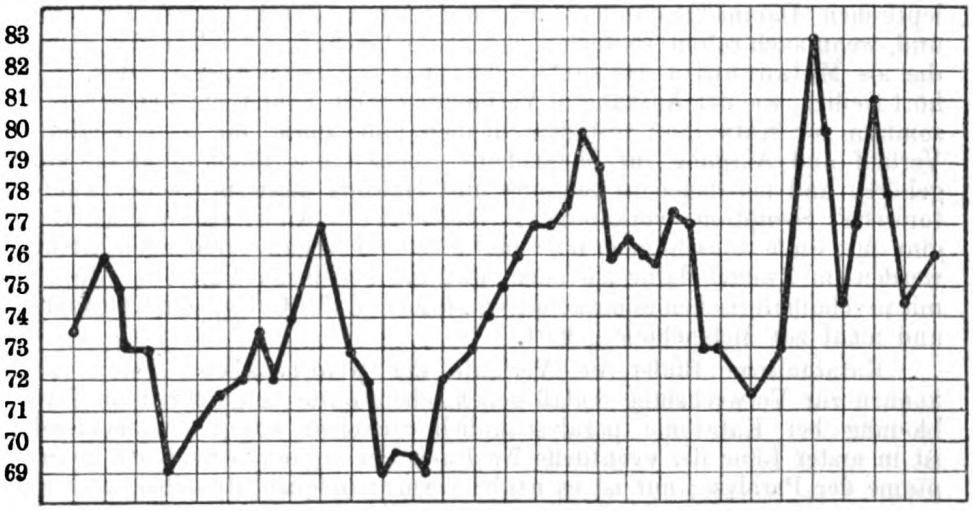
Die diagnostische Bedeutung des Krankheitszeichens beruht darauf, daß es außer bei Schizophrenie nur noch bei anderen, durch schwere organische Gehirnveränderungen bedingten Verblödungsprozessen (progressive Paralyse, Imbezillität), niemals aber bei Gesunden oder bei Fällen von „funktioneller" Geisteskrankheit (Manie, Melancholie, periodisches und zirkuläres Irresein, Amentia, Hysterie) vorkommt. Änderungen der plethysmographischen Kurve (Ausbleiben der Schwankung bei Einwirkung von Reizen) sind im Prinzipe analoge Erscheinungen.

Das Körpergewicht ist bei der Katatonie ganz kolossalen Schwankungen unterworfen, die, ohne Mitwirkung besonderer körperlicher Krankheiten, 30 Pfund und mehr in wiederholtem Auf und Nieder betragen können. Der Wechsel zwischen Stupor, Erregung und relativ freien Zwischenzeiten prägt sich in der Gewichtskurve deutlich aus, bei deren Entstehung die wechselnde Nahrungsaufnahme neben verschieden starkem Verbrauch die Hauptrolle spielt, wenn auch der Gedanke an gestörte centrale regulierende Einflüsse nicht abzuweisen ist.

Eine nach dem Wesen noch ganz unaufgeklärte Eigentümlichkeit bei der Katatonie sind „Anfälle", die in einem Bruchteil der Fälle, vielleicht $^1/_5$, vorkommen, oft zu den frühen, manchmal zu den ersten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeichen gehören. Nach der Art des Auftretens würde man sie gewöhnlich zu den epileptiformen Anfällen rechnen; der Zugehörigkeit zur wirklichen Epilepsie steht im Wege, daß sie sich nicht zu wiederholen brauchen und auch sonst ohne epileptische Konsequenzen bleiben. Es kommen aber auch andere Anfallsformen vor: Schwindelzustände, Ohnmachten, hysteriforme Attacken. Auffallend ist, daß man häufiger in der Anamnese von Katatonikern epileptische Zeichen: langdauerndes Bettnässen, Pavor nocturnus, Nachtwandeln u. dgl. vorfindet. Einstweilen muß man sich begnügen, die Tatsache solcher Anfälle bei Dementia praecox zu registrieren; sie sind nicht die einzige Erscheinung dabei, die ihrer Erklärung harrt.



Gewichtskurve bei Katatonie; die Senkrechten bedeuten Abschnitte von je 14 Tagen, die Zahlen links Kilogramme.

Die Katatonie hat das Maximum ihrer Häufigkeit, was den Beginn anbetrifft, zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre; nur ca. 6% entfallen auf die Zeit jenseits des 40. Lebensjahres („Spätkatatonien"); vereinzelte Fälle kommen auch in noch höherem Lebensalter vor (vielleicht Rezidive nach übersehenen oder vergessenen früheren Schüben). Die Dauer erstreckt sich über Jahre und Jahrzehnte; die Mehrzahl der Fälle erreicht höhere Grade der Verblödung und stellt einen hohen Prozentsatz zu dem Dauerbestande der Pflegeanstalten. Ein Teil geht an körperlichen Störungen zugrunde, unter denen die Lungentuberkulose an erster Stelle zu nennen ist; es ist einleuchtend, daß gerade Stuporfälle mit der mangelhaften Ventilation der Lungen, mit vielfacher Entbehrung des Aufenthaltes im Freien und oft ungenügender Nahrungsaufnahme als besonders empfänglich für die Entwicklung von Lungenphthise zu gelten haben. Andere erliegen den Folgen von längerdauernden Erregungszuständen oder ihren Selbstbeschädigungen (Phlegmonen usw.), verbunden mit dem Widerstand gegen jede chirurgische Pflege.

Über Ursachen und Wesen der Katatonie, wie der Dementia praecox überhaupt, wird unten noch kurz die Rede sein.

Die Heilungsaussichten sind nach dem oben Gesagten in ausgesprochenen Fällen ungünstig; nur ein kleiner Teil erfährt völlige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geistige Wiederherstellung, und auch diese ist häufig nicht endgültig, da die Krankheit die Neigung zum Verlaufe mit Remissionen und neuen Nachschüben hat. Es bleibt daher auch bei scheinbarer Genesung die Gefahr eines erneuten Aufflammens des Krankheitsprozesses noch lange bestehen.

Die Diagnose der Katatonie kann je nach dem Zustandsbild, das im Momente der Untersuchung gerade vorliegt, leicht oder außerordentlich schwer sein.

Zunächst ist dabei daran festzuhalten, daß „katatonische" Erscheinungen, d. h. abnorme psychomotorische Innervationsverhältnisse mit dem Ergebnis des Negativismus und der Befehlsautomatie auch bei anderen Psychosen vorkommen: bei der Amentia, bei Paranoia, bei epileptischen Dämmerzuständen, bei progressiver Paralyse, bei Hysterie und, wenn auch selten, so doch sicher bei Melancholie. Ein Teil der Fälle, die als Melancholia attonita oder stupida bezeichnet werden, gehört freilich, wie der Ausgang in Verblödung zeigt, nicht zur Melancholie, sondern zur Katatonie; trotzdem bleiben Fälle übrig, die nach Beginn, Verlauf und Ausgang zur Melancholie (speziell des Rückbildungsalters) gehören und bei denen in Stellung und Haltung ausgesprochene „katatonische" Symptome vorkommen. Jugendliches Alter, stürmischer Beginn mit Sinnestäuschungen oder motorischer Erregung, fehlender Affekt werden im Zweifel dafür sprechen, daß ein gegebener Fall von Stupor mit psychomotorischen abnormen Symptomen in das Gebiet der Katatonie und nicht zur Melancholie gehört.

Katatonische Bilder im Verlaufe der progressiven Paralyse können zur Verwechslung Anlaß geben, ebenso wie vorgeschrittene Verblödung bei Katatonie paralyseähnlich aussehen kann; entscheidend ist in erster Linie der eventuelle Nachweis der organisch nervösen Symptome der Paralyse; nur ist es nicht immer möglich, dieselben sicher zu prüfen, wenn die Muskelanspannung die Reflexuntersuchung, und das negativistische Zukneifen und Verdrehen der Augen die Pupillenuntersuchung erschwert oder vereitelt. Für solche Fälle besitzen wir neuerdings in der Untersuchung der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit ein wichtiges Hilfsmittel; bei Katatonie fehlt die der Paralyse eigene starke Vermehrung der zelligen Elemente und die ebenfalls bei Paralyse häufige Zunahme des Gehaltes der Flüssigkeit an Serumalbumin. Im gleichen differentialdiagnostischen Sinne kann der Ausfall der Wassermannschen Reaktion wichtig werden, (wobei man nicht übersehen darf, daß auch ein Syphilitiker katatonisch werden kann). Dieselben Merkmale erweisen sich entscheidend bei der Differentialdiagnose zwischen katatonischen und paralytischen Erregungszuständen.

Die Diagnose der Epilepsie wird immer auf die für diese entscheidenden anamnestischen und sonstigen Zeichen zu stützen sein; das gleiche gilt für die Hysterie, wobei gesagt werden muß, daß die Unterscheidung von hysterischen Dämmerzuständen und Katatonie manchmal im Momente unmöglich sein kann.

Für die Diagnose der Amentia wird in erster Linie der Nachweis der ihr eigenen Symptome, der starken Trübung der Auffassungsfähigkeit und der Unorientiertheit, sowie der Nachweis der häufigsten ätiologischen Momente des schweren psychischen Traumas oder der Erschöpfung, sein. In allen genannten Fällen wird, ebenso wie gegenüber der Manie, bei vorhandener Erregung, das elementar Triebartige, Sinnlose, Einförmige der Bewegungen und Handlungen für Katatonie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprechen; speziell bei der Manie handelt es sich in der Regel mehr um einen noch einigermaßen zweckvollen Beschäftigungsdrang.

Die Abgrenzung der Katatonie gegenüber der Hebephrenie ist bei der nahen Verwandtschaft beider Störungen, bei dem Vorhandensein von Übergangsfällen oft unmöglich, im übrigen aber gewöhnlich bei der ähnlichen Prognose praktisch gleichgültig.

Der angeborene oder ganz früh erworbene Schwachsinn kann mit katatonischer Geistesschwäche verwechselt werden, und das um so mehr, als manchmal bei von vornherein geistig minderwertigen Individuen noch aktive Verblödungsprozesse zur Entwicklung gelangen. Abgesehen von den bei der Erörterung der Imbezillität angegebenen Merkmalen weisen beim katatonischen Schwachsinn die begleitenden motorischen Erscheinungen: Manieren, Schrullen usw. auch noch spät auf die spezifische frühere Verlaufsart hin.

Bei allen diagnostischen Abgrenzungen der Katatonie wird man auf die obenerwähnten besonderen Eigentümlichkeiten der Pupillarverhältnisse zu achten haben.

Die forensische Beurteilung ist verhältnismäßig einfach, sobald einmal die Diagnose feststeht. Bei einer so schweren und tief eingreifenden Störung wird man in strafrechtlicher Beziehung besondere Vorsicht in Zuerkennung der Zurechnungsfähigkeit üben müssen. Die voll ausgebildeten Formen oder die Zustände von Erregung machen gar keine Schwierigkeiten, viel größere dagegen diejenigen mit stiller, langsamer Verlaufsart.

Da ihr Beginn hauptsächlich in die Zeit fällt, in der das Individuum seine ersten selbständigen Berührungen mit der Welt zu haben pflegt, da, auch von Ärzten, der Krankheitsvorgang häufig nicht erkannt wird, kommt es bei beginnenden Fällen häufig zu Konflikten beim Militär, im bürgerlichen Dienstverhältnis, kurz überall, wo ein Verständnis für Ordnung, Pünktlichkeit und Zucht und ein Fügen in gegebene Verhältnisse notwendig ist. Häufigen Anlaß zu strafrechtlichen Zusammenstößen geben die beginnende katatonische Erregung oder die abnormen impulsiven Handlungen, und wäre es auch nur Lachen oder Gesichterschneiden im Gliede beim Militär. Auch in anderer Hinsicht ist eine genaue Kenntnis der Katatonie für den Arzt von forensischer Bedeutung, da diejenigen Fälle, bei denen der krankhafte Prozeß Halt macht und keinen höheren Grad von psychischer Schwäche zurückläßt, ein nicht geringes Kontingent stellen zu der Schar der die Arbeitshäuser füllenden Vagabunden oder auch der Gewohnheitsverbrecher; ein Teil der Fälle von sog. moralischen Schwachsinn gehört in das Gebiet der Katatonie — abgelaufene Fälle, bei denen die gemütliche Verblödung den „moralischen Defekt" erzeugt, bei denen dann aber auch ausnahmslos anderweitige psychische Anomalien noch nachzuweisen sind.

Eine eigentliche Behandlung der Katatonie gibt es in kausaler Indikationserfüllung nicht; für die Mehrzahl der Fälle kommt nur möglichst frühzeitige Verbringung in eine Anstalt in Betracht; die dort entstehenden Indikationen ebenso wie die Frage der späteren Versorgung der Verblödeten sind mehr eine speziell psychiatrische Angelegenheit.

Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Paranoide Formen.
(Dementia paranoides.)

Die Dementia paranoides ist gekennzeichnet durch eine nach kurzen einleitenden depressiven Symptomen einsetzende und rasch fortschreitende, ungemein reichliche Wahnbildung, die sehr bald die abenteuerlichsten und unsinnigsten Formen annimmt; nach relativ kurzer Zeit, längstens nach wenigen Jahren, wird ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit erreicht, der mit episodischen Schwankungen der Stimmung und mit Erregungszuständen einhergeht, aber auch später immer noch erkennen läßt, auf welchem Wege diese Form der Verblödung zustande gekommen ist.

Im Verhältnis zur Hebephrenie und zur Katatonie ist die Dementia paranoides (in dieser engeren Umgrenzung, die nicht überall Anerkennung findet), eine weniger häufige Krankheit.

Die Störung beginnt mit wenig charakteristischen Symptomen: Verstimmung, Selbstvorwürfen, Schlaflosigkeit, körperlichen Mißempfindungen oder Erregung, Unruhe, Mißtrauen u. dgl. Der Kranke fühlt sich verändert und merkt auch Veränderungen in der Außenwelt, die sich auf ihn beziehen; es geschehen Dinge, die harmlos aussehen, aber etwas zu bedeuten haben; Zeichen werden gegeben, Andeutungen unheimlicher Art gemacht u. dgl. Bald treten deutliche Sinnestäuschungen auf, Halluzinationen verschiedener Sinne und vor allem zahlreiche Illusionen, zugleich mit Wahnvorstellungen, die manchmal von vornherein den Charakter von Größenideen haben, sich sonst aber auch in der Richtung der Beeinträchtigung bewegen. Mit einer Schnelligkeit, wie wir sie sonst nur bei der progressiven Paralyse wieder treffen, vermehren sich die Wahnbildungen, bis sie nach kurzer Zeit das ganze Sein des Kranken umfassen. Dabei kann die Besonnenheit und die grobe Orientierung vollkommen erhalten bleiben, während, in der ersten Zeit wenigstens, stärkere Affektschwankungen das Fortschreiten der Krankheit zu begleiten pflegen.

Der Inhalt der Wahnideen wird bald ein ganz unsinniger und abenteuerlicher in einem Maße, wie es sonst wiederum nur bei der progressiven Paralyse vorkommt; jede Nacht werden dem Kranken die Beine abgesägt, der Bauch aufgeschnitten und die „ganze Welt" herausgeholt; eine „saledonische Klapperschlange" und ein siebenmäuliger Bandwurm wohnen im Magen; man schlachtet ihn bei lebendigem Leibe und setzt ihn wieder zusammen; Arzt und vier Wärter schlafen zu dem Zweck nachts in seinem Strohsack; man sperrt ihn im Keller mit einem Roß zusammen, das ihn verschlucken soll. Er fürchtet sich aber nicht; denn er ist vor Erschaffung der Welt schon dagewesen, er ist der Papst, der Heilige Josef, er hat sich selbst in Bethlehem geboren, ist die Frau vom lieben Gott. Wenn man ihn nicht in Ruhe läßt, wird er mit Blitzen die Welt wieder zerstören; wenn aber der Arzt ihm gehorcht, läßt er ihn im Himmel neben sich sitzen oder er verschafft ihm extra einen neuen Himmel.

Eine besondere Eigentümlichkeit der Dementia paranoides ist die Häufigkeit, mit der es zu wahnhaften Erinnerungsfälschungen („Konfabulation") kommt; ein solcher Kranker erzählt; daß er schon Tausende von Jahren lebt; er hat alle historischen Ereignisse mitgemacht, hat bei Luthers Übersetzung der Bibel mitgeholfen und wird sie jetzt neu herausgeben, hat Friedrich dem Großen im siebenjährigen Kriege ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

holfen; dazwischen hat er eine Zeitlang auf dem Jupiter gelebt, auch im freien Weltraum geschwebt und die Erde sich drehen sehen; er ist auch bei der Kreuzigung Christi zugegen gewesen; er war mehrmals in China, wo sein Vater, Karl der Große, Kaiser ist; 100 Jahre hat er mit Dreyfus auf der Teufelsinsel, die mit blauem Tuche ausgeschlagen ist, gelebt. Eine Frau berichtete täglich von den Kindern, die sie in der vorausgehenden Nacht geboren hat; „in Zeit von 2—3 Minuten sind 6 Stück gekommen, zwei weiße und vier ganz schwarze, diese vom italienischen Kaiser" usw.

Alle diese Dinge werden auf der Höhe der Krankheit ohne stärkere Erregung vorgebracht, und ohne die geringste Empfindung für das Ungeheuerliche der Ideen.

Alle Einwendungen von seiten des Arztes werden entweder ganz ignoriert, oder in belehrendem überlegenen, oder mitleidig ironischem Tone abgelehnt; auch der Kontrast zwischen der Wirklichkeit des äußeren Daseins in der Anstalt und den subjektiven Erlebnissen macht auf den Kranken nicht den geringsten Eindruck.

Die Erinnerungsfälschungen bei Dementia paranoides haben sicherlich eine ganz andere Entstehung, als etwa der Vorgang der Färbung der ganzen Vergangenheit im depressiven Sinne bei Melancholie oder die wahnhafte Umdeutung früherer Ereignisse bei systematisierender Paranoia; man hat den Eindruck, daß die Kranken die auf einem bestimmten Realitätsgefühl beruhende Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen Erlebtem und in der Phantasie Vorgestelltem oder Vorstellbarem verloren haben.

Auffallend sind (oft schon in frühen Stadien) Neubildungen von Worten oder ungewöhnliche Wortzusammenfügungen, deren die Kranken zur Kennzeichnung ihrer Erlebnisse oder Zustände oder der „Feinde" bedürfen: Vergeßlichkeitshypothese, Durstgefühlshinterlassenschaft, Schlaferteilung, persönliche Stirnschlagadererregung, Vigilfasttageersatz, longitudinale wellenartige Bewegungen im Hodensack, Stubenofenhypnotiseur, Falschbuchhalter u. dgl. m.

Nach relativ kurzer Zeit macht sich auch in der Art, wie die Wahnideen vorgebracht werden, die zunehmende geistige Schwäche bemerkbar; Satzbau und Zusammenhang lockern sich; die Äußerungen werden abschweifend, verworren, bis schließlich nur noch ein vollkommenes Gefasel übrig bleibt, aus dem man, bei Kenntnis der früher vorhandenen Vorstellungskreise, noch einige Beziehungen herauszuhören vermag. Den gleichen Charakter zeigen die Schriftstücke der Kranken, die zeitweise mit erstaunlicher Produktivität angefertigt werden — in seltsam verschnörkelten Buchstaben, eigener Orthographie usw. Nachstehend ein Beispiel davon:

„Der Mensch kimmert sich um weiter Nichts da ich selbst sehe, wenn di Menschen sehen wi schwer es ist nur Wahrheit dem Menschen einbilden lachen si ser iber die Schrift und Vorlehre Geometrik wo ich Anfang wie Ende Gleiches Sistem habe es miste doch wo ein Fehler sein aber nirgends zu sehen. Kleine Schriftschticke deken sich mit Eigenschafts-Worten Grosse Wahrheiten Groses mit nichts als Geografischer Zeit di Uhre zeigte doch noch Wir nicht. Wir haben Alle gelacht wi ich an deutsche Kaiser geschrieben von Kilchberg dass ih der und der bin dem das und das Gehört wo er mich zu verteidigen hatte von Kilchberg in solchen Haus mit solchen Insassen ih Wesgn Luft atmen nicht traue Farer Pastor und Rabiner Sulzer kann meinetwegen beim blinden Betler Haus abseits der Strasse der Pilger wegen seinem heiligen Geist di Predigt „Wir haben Gott beleidigt" — In den Minchner-Jesus-Prozes-Zeiten gehalten habe. Wi ist der rein gefallen? Legitimirt er mich doch schon.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich sagte im auch Ich bin 2 × Gott, spukte sich die Bästia aus? — Sagen Si mal verehrteste Nachbar Komander. Ist denn Gott tat sächlich nur Spot? — Ibrig bleibt nichts mehr. Niemand keine Bästie kann solche Verachtung erdulden wi ich — : Der Doneral"

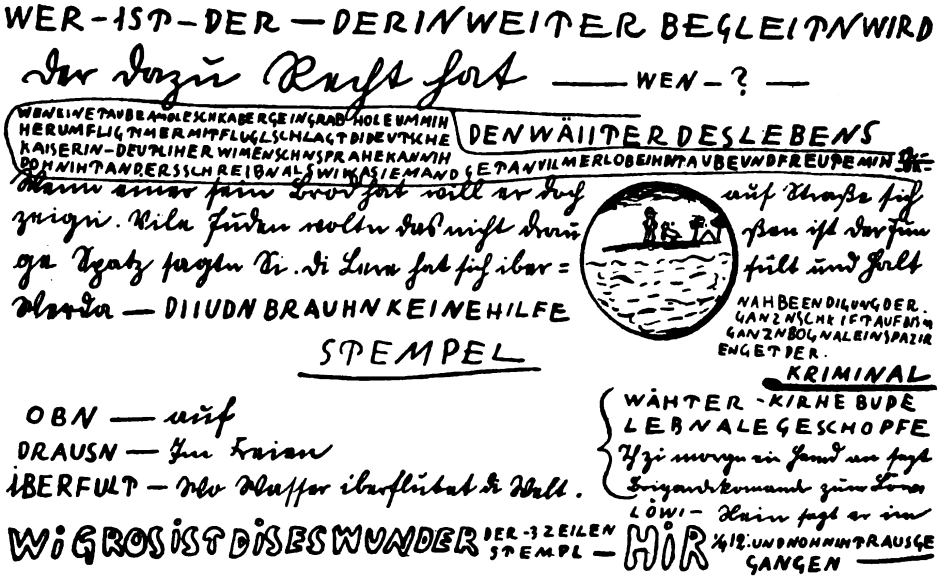
Die Stimmung der Kranken ist wechselnd, meist aber sind die Schwankungen nicht sehr ausgiebig, jedenfalls in gar keinem Verhältnis zu dem jeweiligen Inhalt der Wahnvorstellungen; Zeiten heiterer läppischer Erregung wechseln ab mit einer gewissen Gereiztheit, die aber nur selten zu Gewalttätigkeiten gegen die Umgebung führt, trotz drohender Worte und Gebärden. Das Benehmen bleibt leidlich geordnet. Der Endausgang ist regelmäßig ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit.

Charakteristische körperliche Begleiterscheinungen fehlen, soweit sie nicht überhaupt der Dementia praecox zukommen.

Die vorstehende Schilderung gilt den typischen Fällen. Zweifellos kommen aber nicht selten solche vor, die als Übergangsfälle zwischen eigentlicher Dementia paranoides und der gewöhnlichen chronischen halluzinatorischen Paranoia anzusehen sind und am häufigsten, was den Inhalt der Wahnbildung anbetrifft, in das Gebiet des „physikalischen Verfolgungswahnes" hineingehören. Die Entwicklung ist langsamer als bei Dementia paranoides; der Zerfall der geistigen Persönlichkeit erreicht nicht die höchsten Grade, während andererseits die Zerfahrenheit des Denkens und die Urteilsschwäche quantitativ über das hinausgehen, was wir bei chronischer Paranoia zu sehen gewohnt sind. Die Bezeichnung dieser Übergangsfälle mit eigenen neuen Namen ist bei ihrer (prinzipiell nicht wesentlichen) Vielgestaltigkeit, überflüssig.

Die Diagnose kann in der allerersten Zeit, in dem unbestimmten einleitenden Stadium, unmöglich sein; später handelt es sich hauptsächlich um Abgrenzung gegenüber der progressiven Paralyse und der gewöhnlichen chronischen halluzinatorischen Paranoia.

Die progressive Paralyse, an welche das Lebensalter, die geistige Stumpfheit und die Art der Wahnbildung in jedem Fall denken lassen kann, ist auszuschließen durch das Fehlen der ihr eigenen organisch nervösen Symptome und durch den Ausfall der biologischen Reaktionen.



Schrift und Zeichnung bei Dementia paranoides.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Unterscheidung typischer Fälle von Dementia paranoides von typischen Fällen chronischer halluzinatorischer Paranoia macht, wenn man sich an die Definitionen beider Formen hält, keine Schwierigkeiten; für ein übrigbleibendes Zwischengebiet ist es Sache der persönlichen klassifikatorischen Neigung, wohin man die einzelnen Fälle unterbringen will (z. B. in die Kategorie von KRAEPELINS Paraphrenie).

Die Behandlung besteht in jedem Falle nur in der Unterbringung in einer Anstalt.

Zum Schlusse dieses Abschnittes noch einige Bemerkungen, die mehr oder weniger alle Verlaufsarten der Schizophrenie betreffen.

Was zunächst die Ursache der Erkrankung anbetrifft, so ist darüber Sicheres nicht bekannt.

Der Prozentsatz der erblichen Belastung übertrifft vielleicht etwas den bei Geisteskranken überhaupt festgestellten Durchschnitt; man sieht aber auch schwere Fälle von Dementia praecox ohne jede Spur von erblicher Belastung auftreten.

Es ist möglich, daß Syphilis und Alkoholismus der Eltern eine besondere Rolle spielen, wahrscheinlich, daß in bezug auf die Erblichkeit zwischen Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein eine gewisse Tendenz zum gegenseitigen Ausschließen besteht.

Infektionskrankheiten spielen keine deutliche Rolle als veranlassendes Moment; dagegen erhält man öfters die Angabe, daß die ersten auffallenden Zeichen der Erkrankung sich an ein bestimmtes eingreifendes Ereignis: Kopftrauma, Insolation u. dgl. angeschlossen haben; bei der allgemeinen Neigung der Laien, den Beginn chronischer Störungen auf einen durch irgendwelche Umstände ihnen besonders in der Erinnerung haftenden Termin zu datieren, wird man diese Angaben mit Vorsicht aufnehmen müssen. Geburt und Wochenbett scheinen dagegen manchmal den Anstoß zur Entwicklung der Krankheitserscheinungen geben zu können.

Ein Teil der Fälle von jugendlicher Verblödung war schon vorher auffällig in nervöser oder psychischer Beziehung; man findet in der Anamnese ziemlich häufig Angaben über Bettnässen, Pavor nocturnus, Nachtwandeln, Erregung zur Zeit der Menses u. dgl. oder die Mitteilung, daß der Kranke immer eigenwillig, verschlossen, ein „Einspänner", „anders wie die andern" gewesen sei; ein kleiner Teil war schon vorher geistig minderwertig. Beobachtungen dieser letzteren Art haben neuerdings KRAEPELIN zu der Vermutung geführt, daß vielleicht manchmal schon in früher Kindheit der erste Schub derselben Krankheit, äußerlich unbemerkt, stattgefunden habe, die dann später als Dementia praecox von neuem aufflamme.

Unbewiesen ist einstweilen auch die andere Auffassung, daß die Dementia praecox als der Ausdruck einer hereditär bedingten vorzeitigen Invalidität des Zentralnervensystems anzusehen sei.

Das Wesen der Krankheit ist nicht etwa ein bloßes Stillstehen auf einer jugendlichen Entwicklungsstufe, sondern ein selbständiger Krankheitsvorgang im Gehirn. Die starken Veränderungen des geistigen Wesens, vor allem die hohen Grade der Verblödung, die oft erreicht werden, lassen es nach unseren allgemeinen Anschauungen als ein notwendiges Postulat erscheinen, daß dabei schwere und ausgedehnte Hirnveränderungen, und zwar speziell in der Rinde vorhanden sein müssen; wir werden sie eines Tages kennen, können aber heute darüber noch nichts Bestimmtes aussagen; (bekannt sind bis jetzt Veränderungen der Nervenzellen mit begleitender Gliawucherung in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweiten und dritten Rindenschicht in Stirnhirn, Zentralwindungen und Schläfenlappen).

Es ist nur natürlich, daß man die bei anderen Krankheiten fruchtbare Theorie der Selbstvergiftung des Organismus mit irgendwelchen abnormen Produkten eines gestörten inneren Chemismus auch zur Erklärung der Entstehung der Dementia praecox herangezogen hat; indessen ist diese Hypothese einstweilen ohne jeden sicheren Beweis geblieben.

Auf der Voraussetzung, daß im Blute der an Dementia praecox leidenden Kranken bestimmte chemische Stoffe zu finden seien, beruht die von Einzelnen mit Enthusiasmus aufgegriffene Idee, das Abderhaldensche Dialysierverfahren in den Dienst der Differentialdiagnostik zu stellen. Die Erwartung dabei ist die, daß der Dementia praecox Abbauvorgänge an einzelnen Organen zugrunde lägen, deren Nachweis vermöge des genannten Verfahrens eine Abgrenzung ermöglichen soll. Einstweilen ist die Methode technisch so schwierig, und die bisherigen Ergebnisse sind bei unbefangener Prüfung so unsicher, daß für unsere praktischen Zwecke keine wesentliche diagnostische Hilfe davon zu erwarten ist. Eine Verwendung der Ergebnisse des Abderhaldenschen Verfahren in zweifelhaften forensischen Fällen, wie sie von Voreiligen jetzt schon gelegentlich versucht wird, ist unerlaubt.

Literatur.

Aschaffenburg, Die Katatoniefrage. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV.
Bleuler, Dem. praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie 1912.
Berze, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. F. Deuticke, 1910.
Hecker, Hebephrenie. Virchows Archiv, Bd. LII.
Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. Halle 1903.
Kahlbaum, Die Kategorie oder das Spannungsirresein. 1874.
Kraepelin, Psychiatrie. 8. Aufl. 1913.
Schüle, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV.
E. Schultze, Über Psychosen bei Militärgefangenen. Jena, G. Fischer 1904.
Stransky, Über die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Urban und Schwarzenberg 1905.
Derselbe, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. Jahrbücher f. Psych. 1903.
Trömner, Das Jugendirresein. Halle 1900.
Wille, Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig-Wien 1897.
Wollenberg, Dementia praecox. In Hoches Handbuch d. gerichtl. Psych., II. Aufl. S. 765.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Toxische Psychosen.

Von

Ernst Schultze, Göttingen.

Allgemeines.

Unter den toxischen Psychosen faßt man die ausgesprochen krankhaften psychischen Reaktionen des Individuums auf dem Organismus zugeführte giftige Stoffe zusammen.

Hinsichtlich der giftig wirkenden Stoffe unterscheidet man zweckmäßig Nahrungs-, Genuß-, Arzneimittel und gewerbliche Gifte. In psychiatrischer Hinsicht interessieren uns vorzugsweise die Genußmittel, in erster Linie der Alkohol. Für die Wirkung der Gifte ist die Art ihrer Zufuhr im allgemeinen belanglos. Bei einzelnen Giften genügt eine einmalige Zufuhr (CO); bei anderen ist langdauernde Einwirkung zum Eintritt psychischer Schädigung notwendig. Im ersten Falle entsteht meist eine vorübergehende Psychose (Rausch); indes kann durch einmalige Giftzufuhr auch eine chronische Psychose, oft erst nach längerer Zeit, ausgelöst werden, allerdings unter Mitwirkung „ätiologischer Zwischenglieder" (Bonhoeffer), wie Gefäßveränderungen. Dauerzufuhr von Giften erzeugt nach verschieden langer Zeit, auch wieder vielfach unter Mitwirkung der schon erwähnten Hilfsursachen, unter denen besonders Stoffwechselstörungen hervorzuheben sind, chronische Psychosen, in deren Verlauf sich akute psychotische Zustände, oft genug infolge Hinzutritts besonderer Schädlichkeiten, einschieben können. Man ist bestrebt, gewisse Uebereinstimmungen hinsichtlich der Form der toxischen Psychosen herauszuarbeiten und ihre Unterschiede von den endogen bedingten Psychosen zu betonen; die hier gebotene Kürze gestattet nicht, hierauf einzugehen.

Für den Ausfall der Reaktion ist auch der andere Faktor, das Individuum, von Belang. Wenn nur einzelne Individuen unter sonst gleichen äußeren Verhältnissen auf ein Gift reagieren, so kann daran nur die persönliche Veranlagung, Disposition, Idiosynkrasie oder wie man sonst die uns fast völlig unbekannten, vorzugsweise wohl physiologisch-chemisch aufzufassenden Eigenschaften nennt, Schuld sein. Diese Disposition kann angeboren oder erworben, ja vielleicht durch voraufgegangene chronische Einwirkung desselben oder eines anderen Giftes bedingt, sie kann vorübergehend oder dauernd sein. Auch darf nicht außer Acht gelassen werden, daß vielfach mehrere Gifte gleichzeitig (Alkohol bei Bleiarbeitern) oder Schädigungen anderer Art (Infektionskrankheiten, Gefäßveränderungen, Verletzungen) mitwirken. Schließlich muß auch der Einfluß der psychischen Eigenart der Persönlichkeit berücksichtigt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden, nicht nur hinsichtlich der Gefahr, überhaupt psychisch zu erkranken und insbesondere an einer bestimmten Form, sondern oft auch als individuelle Vorbedingung für die gewohnheitsmäßige Zufuhr von Giften; denn diese setzt immer eine Willensschwäche voraus, deren Symptome vielfach nicht scharf von den sekundär, erst durch die Giftzufuhr bedingten Störungen der Persönlichkeit zu trennen sind. Daraus ergibt sich die Unklarheit der Abhängigkeitsverhältnisse von Ursache und Wirkung bei den toxischen Psychosen.

I. Alkoholvergiftung.

A. Akute Alkoholvergiftung.

Als Rausch bezeichnet man die allgemein als Betrunkenheit bekannte psychische und somatische Reaktion auf eine einmalige Alkoholzufuhr. Im Anfang ist die Stimmung heiter; der Betrunkene überschätzt sich und seine Leistungen und vergißt die alltäglichen Sorgen. Ablenkbarkeit, Ideenflucht sowie Rededrang, der von einem Gefühl der Erleichterung des Gedankenablaufs begleitet ist, macht sich bemerkbar. Viele Hemmungen fallen weg; der Trunkene plaudert seine tiefsten Geheimnisse aus, zotet, wird sexuell aggressiv. Gesteigerte Reizbarkeit führt oft zu Konflikten mit der Umgebung. Die fröhliche Stimmung kann ins Gegenteil umschlagen („heulendes Elend"). Die Aufmerksamkeit leidet immer mehr, äußere Eindrücke werden zunehmend schlechter aufgefaßt und verarbeitet, die Redeweise wird immer oberflächlicher, weitschweifiger. Der Trunkene ergeht sich in albernen Witzen, bevorzugt stehende Redensarten, Zitate, Reime oder begnügt sich mit der Wiederholung derselben Wendungen. Später überwiegen Störungen des Bewußtseins und Lähmungserscheinungen. Für die Zeit des Rausches, dem ein Kater (Kopfschmerzen, Magenstörungen, Durst, Arbeitsunlust usw.) folgt, kann eine Erinnerungslücke in verschiedenem Umfang und Maße bestehen.

Den experimentellen Untersuchungen der Kraepelinschen Schule über die Wirkung einer akuten Alkoholvergiftung verdanken wir eine genauere Einsicht in ihre Symptome; sie haben auch objektiv bewiesen, daß die oft behauptete Erhöhung der geistigen, vor allem der schöpferischen Leistungsfähigkeit im Rausche eine Fabel ist und im wesentlichen durch „eine zentrale Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben" vorgetäuscht wird. Auch ohne diese Arbeiten wußten wir, daß der Rausch eine ausgesprochene akute Psychose mit zahlreichen charakteristischen Symptomen einer Geistesstörung ist, die aber trotz oder vielleicht wegen ihrer großen Häufigkeit und guten Prognose in den Lehrbüchern der Psychiatrie meist nur kurz besprochen wird.

Die giftige Wirkung des Alkohols ist nicht nur bei den verschiedenen Personen verschieden, sondern kann auch bei demselben Individuum zu den verschiedenen Zeiten verschieden sein. Man kann bei der Intoleranz zwei Arten unterscheiden, eine quantitative und eine qualitative. Doch muß betont werden, daß die Grenze, von der ab Intoleranz anzunehmen ist, ebensowenig bestimmt angegeben werden kann, wie eine scharfe Trennung zwischen den beiden Formen der Intoleranz; letzteres gilt umsomehr, als beide Formen im wesentlichen auf dieselben Bedin-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gungen zurückzuführen sind und nicht zu selten gemeinsam bei ein und demselben Individuum vorkommen können.

Eine quantitative Intoleranz liegt vor, wenn das Individuum schon auf geringe Mengen Alkohol mit Störungen antwortet, die beim Durchschnittsmenschen erst nach einer größeren Menge eintreten, eine qualitative Intoleranz, also eine veränderte Reaktionsweise, dann, wenn der Alkohol stärkere psychotische Erscheinungen verursacht, die dem Durchschnittsrausch fremd sind und auch dem Laien ausgesprochen krankhaft erscheinen können. Ein derartiger Rausch wird daher vielfach pathologischer Rausch genannt. Da aber jeder Rausch ein pathologischer Zustand ist, spricht man richtiger von einem komplizierten (Ziehen) oder atypischen (Pontoppidan) Rausch oder einer pathologischen Alkoholreaktion (v. Krafft-Ebing). Indes hat sich die Bezeichnung „pathologischer Rausch" so sehr eingebürgert, daß sie heute die meist übliche ist.

Zum pathologischen Rausch sind besonders veranlagt die Epileptiker, vor allem in ihren Verstimmungen, während deren schon eine geringe Alkoholmenge die stärksten Störungen zu bewirken vermag, die Hysterischen (puellae publicae!), Imbezillen sowie Degenerierten. Diesen konstitutionellen Zuständen stehen erworbene Störungen gegenüber, die ebenfalls dauernd zu einer pathologischen Alkoholreaktion disponieren: schwere Schädelverletzungen, insbesondere solche mit nachfolgenden Gehirnerkrankungen, Alkoholismus, organische Erkrankungen des Zentralnervensystems (progressive Paralyse, Lues cerebri, Tumor, Arteriosklerose) oder beginnende Psychosen. Zuweilen ist hier die ungewöhnliche Alkoholreaktion das erste Zeichen des Gehirnleidens.

Der pathologische Rausch kann in vereinzelten Fällen bei einem im allgemeinen gesunden Menschen durch eine nur vorübergehende Schädigung ausgelöst werden; indes kommt das, wie ausdrücklich betont werden muß, nur selten vor. Als solche auslösende Ursachen kennen wir gemütliche Erregungen im Sinne der Unlust (Aerger, Zorn, Kummer, Sorgen, Eifersucht), körperliche Ueberanstrengungen (große Märsche, Nachtwachen, sexuelle Exzesse), geistige Uebermüdung, Schwächung nach Infektionskrankheiten (Typhus), große Hitze (Tropenkoller, Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen), Temperaturschwankungen. Wirkt aber eine derartige Schädigung auf einen dauernd Disponierten, so wird dadurch der Eintritt eines pathologischen Rausches ungemein erleichtert. Ein affektiv stark betontes Ereignis (Streit, Verhaftung) kann bei dem schon Betrunkenen unvermittelt einen pathologischen Rausch auslösen, während es bei dem typischen Rausche zu einer Ernüchterung führen würde.

Mit Heilbronner kann man die epileptoide und delirante Form unterscheiden, wenn auch im einzelnen beide Formen nicht scharf voneinander zu trennen sind. Die erstere findet sich vor allem bei Epileptikern und Alkoholisten mit Alkoholepilepsie und gleicht wegen des vorwiegend ängstlichen oder zornigen Affekts, der schweren Störung der Orientierung und des Bewußtseins ungemein den epileptischen Erregungszuständen. Zuweilen finden sich phantastische, schreckhafte Sinnestäuschungen. Der Kranke neigt zu wildem Schreien und Toben, zu Bewegungsstereotypien oder führt in brutaler Weise die gewaltsamsten Angriffe auf seine Umgebung, meist ohne Bevorzugung einer bestimmten Person, aus; auch rücksichtslose Selbstbeschädigungen kommen vor. Selten sind Zustände heiterer Erregung mit Selbstüberschätzung und Größenideen.

Die delirante Form, die praktisch weniger wichtig ist, entspricht einem Abortivdelir: die Benommenheit ist geringer, die Orientierung weniger

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestört, bei einer leicht ängstlichen Verstimmung treten zahlreiche Sinnestäuschungen, zuweilen auch Beziehungswahn, auf (trunkfällige Sinnestäuschung v. Krafft-Ebing). Die delirante Form des pathologischen Rausches findet sich vor allem bei chronischen Alkoholisten. Eine Gewöhnung an den Alkohol wird somit durch den chronischen Alkoholmißbrauch nicht durchweg geschaffen.

Der pathologische Rausch entwickelt sich vielfach ungemein schnell während der einfachen Betrunkenheit — eine allmähliche Zunahme der Störungen wie beim normalen Rausch läßt sich nicht nachweisen — im Anschluß an den auslösenden äußeren Anlaß. Die Alkoholwirkung macht sich weniger auf körperlichem Gebiete bemerkbar: der Kranke taumelt und lallt nicht, führt vielmehr alle Bewegungen, vor allem Gewalttaten mit großer Kraft und Sicherheit aus, so daß der Laie gewöhnlich höchstens eine Angetrunkenheit, aber nie eine „sinnlose Trunkenheit" findet. Genauere Untersuchung ergibt indes eine den pathologischen Rausch oft stundenlang überdauernde Abnahme, Verlangsamung oder Aufhebung der Pupillarreaktion (Gudden, Cramer), eine Steigerung der passiven Beweglichkeit der Gliedmaßen und Schwäche oder Abnahme der Patellarreflexe (Kutner, Cramer). Der pathologische Rausch dauert nur kurze Zeit, wenige Minuten, höchstens eine Stunde, und endet in der Regel mit einem tiefen Schlaf; vorzeitiges Wecken kann einen neuen Ausbruch herbeiführen. Eine Beruhigung des Kranken tritt, wenn man ihn zu Bett bringt oder isoliert, viel langsamer ein als bei normaler Trunkenheit (Heilbronner); im Gegenteil, man verschlimmert dadurch den Zustand oft nur oder löst einen neuen Anfall aus. Für die Zeit des pathologischen Rausches, zuweilen auch für die ihm vorhergegangene Zeit, ist die Erinnerung mehr oder weniger lückenhaft oder fehlt ganz.

Die Diagnose ist nach Abklingen des pathologischen Rausches oft recht schwer und nur mit größter Vorsicht zu stellen. Zu berücksichtigen ist vor allem der Nachweis der krankhaften Grundlage und der auslösenden Ursache sowie das Verhalten zur fraglichen Zeit. Die Erinnerungslücke allein, auch wenn sie wirklich echt ist, beweist keinen pathologischen Rausch; eine solche kann sich auch nach einem typischen Rausch finden. Grobes Mißverhältnis zwischen Alkoholmenge und Wirkung macht pathologischen Rausch wahrscheinlicher, ebenso scharfer Widerspruch zwischen dem gebotenen Gebahren und dem sonstigen Verhalten des Individuums. Dem Alkoholexperiment kommt ein nur bedingter Wert zu, da lediglich der positive Ausfall (Verhalten der Pupillen, Angstaffekte, sinnlose Erregungszustände) ganz allgemein eine krankhafte Reaktionsweise dartut.

B. Chronische Alkoholvergiftung.

1. Delirium tremens, Säuferwahnsinn.

Das Delirium tremens ist eine akute Psychose des chronischen Alkoholisten, die durch bestimmte körperliche (Tremor, motorische Unruhe, Schweiß, Schlaflosigkeit, Albuminurie) und psychische (optische und taktile Halluzinationen, Verkennung der Umgebung mit Erhaltung des Persönlichkeitsbewußtseins, Beschäftigungswahn, Suggestibilität, Merkstörung, ängstliche, selten heitere Stimmung) Störungen gekennzeichnet ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ätiologie.

Das Delirium tremens findet sich nur bei chronischen Alkoholisten — ein ein- oder mehrmaliger, noch so heftiger Alkoholexzeß genügt nicht — und zwar nach jahrelangem (4—10 Jahre) Schnapsgenuß. Daß ausschließlicher Bier- oder Weinkonsum ein Delirium nach sich ziehen kann, ist unwahrscheinlich.

Man trennt von dieser Grundursache die auslösende oder Gelegenheitsursache; 2—3 Tage nach deren Eintritt setzt meist das Delirium ein. Die größte Rolle spielt die Pneumonie, an der jeder 7. Delirant leidet. Ähnlich können Bronchitis, Pleuritis, Magen-, Darmstörungen oder eine akute Infektionskrankheit (Influenza) wirken. Die Bedeutung des Traumas wurde und wird sicher vielfach überschätzt; denn oft ist das Trauma schon Folge des beginnenden Delirs (Unsicherheit der Bewegungen, Verkennung der Örtlichkeit). Früher herrschte die Ansicht, daß die plötzliche Alkoholentziehung das Delirium hervorrufe, und es galt geradezu als ein Kunstfehler, einem verletzten Trinker nicht weiter Alkohol zu geben. Heute ist man entgegengesetzter Ansicht, und Abstinenzdelirien werden von den meisten Psychiatern schlechtweg geleugnet. Zahlreiche Beobachtungen lehren, daß Alkoholiker die plötzliche Entziehung gut vertragen; die Delirien zeigen dieselbe Häufigkeit, dieselben Symptome, denselben Verlauf und dieselbe Mortalität, gleichgültig ob Alkohol gegeben wird oder nicht, und das ausgebrochene Delirium wird durch Alkohol nicht im mindesten beeinflußt; nur das Zittern und die Ataxie können, wenn auch nur vorübergehend, durch Alkohol beseitigt werden. Bonhoeffer macht freilich darauf aufmerksam, daß er in einem Gefängnis 2—3 Tage nach der Einlieferung Delirien in solcher Häufigkeit und ohne Komplikation mit anderen Erkrankungen gesehen hat, daß sie nur als Abstinenzdelirien zu deuten sind; es wird indessen der plötzlich veränderten Lebensweise und der Flüssigkeitsentziehung von anderen Autoren größerer Wert beigelegt.

Die Pathogenese des Deliriums ist noch nicht geklärt. Angesichts seines akuten Beginns, des schnellen Verlaufs und des kritischen Abfalls sowie der zahlreichen körperlichen Begleiterscheinungen hat die Annahme, es handle sich um einen toxischen Prozeß, etwas Bestechendes. Welcher Art dieses Gift sein kann, darüber fehlt uns bisher jede sichere Vorstellung.

Symptome.

Dem Ausbruch des Delirium tremens gehen tage- bis wochenlang mehr oder weniger schwere Vorboten voraus, die den Kranken, der ein Delirium schon einmal durchgemacht hat, oft die Diagnose stellen, ja das Krankenhaus aufsuchen lassen. Dies sind ängstliche Erregungen, innere Unruhe, Schreckhaftigkeit, schlechter Schlaf mit ängstlichen Träumen, Überempfindlichkeit der Sinnesorgane, vereinzelte Sinnestäuschungen, Denkhemmung, Neigung zu Schweißausbruch, Kopfweh, Schwindel, Unsicherheit der Bewegungen, auch Krampfanfälle. Die Störungen treten vor allem abends oder nachts auf; am Tage fühlt sich der Kranke wohl, mag er auch der Umgebung reizbar, zerstreut, hastig erscheinen. Die Krankheit beginnt meist plötzlich, vielfach auch wieder abends oder nachts, zuweilen im Anschluß an einen epileptischen oder epileptiformen Anfall.

Schon dem Laien sind die zahlreichen Sinnestäuschungen der Deliranten bekannt. Die optischen überwiegen erheblich. Vorwiegend

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handelt es sich um Halluzinationen, weniger um Illusionen. Der Kranke sieht vielfach zahlreiche kleine Objekte in lebhafter Bewegung (Staub, Käfer, Läuse, Mäuse, Wanzen), aber auch größere Tiere, oft in ungewöhnlicher Kombination, oder menschenartige Gestalten, Fratzen. Die Objekte wechseln oft sehr an Zahl, Gestalt, Farbe, Größe. Der Kranke erblickt ganze Szenerien (Kirmes, Waldfest, Korsofahrt, Leichenbegängnis, Straßenauflauf); sie entbehren oft nicht eines komischen Beigeschmackes (Bismarck auf einem Stachelschwein reitend) oder sind abenteuerlich gefärbt (der Metzger schneidet sich erst den einen, dann den anderen Arm ab und verarbeitet sie zu Wurstfleisch). Was der Kranke sieht, erscheint ihm sinnlich lebhaft, so daß er es aufzeichnen kann; er hält es für Wirklichkeit oder spricht von einer Laterna magica, von Marionetten oder Kinos.

Neben den optischen Sinnestäuschungen beherrschen die taktilen das Krankheitsbild. Der Kranke fühlt auf seinem Gesicht Spinngewebe, zieht Fäden aus seinem Mund, entfernt Haare aus dem Essen, das er im Munde spürt, ergreift die Schlange, die auf seiner Haut umher kriecht, oder wird von Hunden gebissen. Umdeutung neuritischer Beschwerden kann eine Rolle mitspielen. Der Kranke glaubt, auf Glasscherben zu liegen, oder er hat das Gefühl, in weichem Lehm zu gehen. Der Gleichgewichtssinn kann in schweren Fällen gestört sein; der Kranke hat das Gefühl, daß das Bett gedreht oder gehoben wird, fürchtet beständig zu fallen; mit dem Bett wandert er durch das ganze Haus, oder er schwebt mit einem Luftschiff durch das Weltall.

Gehörstäuschungen lassen sich in etwa der Hälfte der Fälle nachweisen, vor allem im Beginn. Der Kranke vernimmt Donnern, Brausen, Musik, das Getöse einer Volksmenge oder wird beschimpft, bedroht. Auch diese Sinnestäuschungen haben durchweg einen unangenehmen Inhalt.

Sinnestäuschungen auf den anderen Gebieten sind selten.

Gleichzeitige Sinnestäuschungen auf den verschiedenen Gebieten (kombinierte Sinnestäuschungen) bilden die Regel: der Kranke hört das Geld klappern, das er auf den Boden fallen sieht; er hat ein Gefühl von Kitzel durch Tiere, die in der Luft umherfliegen oder unterhält sich lebhaft mit halluzinierten Personen. In selteneren Fällen halluziniert der Kranke nur auf optischem Gebiet und ist ungehalten, daß er das, was er sieht, nicht greifen kann (Vexierhalluzinationen); oder er benutzt diese Beobachtung zur Korrektur.

Der Kranke erweist sich als ungemein suggestibel. Ein Druck auf die Augäpfel, ein Bedecken der Augen bei entsprechender Frageform genügt, um Visionen auszulösen (LIEPMANN); von einem vorgehaltenen leeren Blatt liest er auf Aufforderung ganze Berichte (REICHARDT); durch ein nicht verbundenes Telephon führt er eine Unterhaltung (ASCHAFFENBURG); die Aufforderung, die Handfläche nach oben zu heben und auf die Hand zu achten, führt zu taktilen Halluzinationen (BONHOEFFER).

Die Merkfähigkeit ist sehr gestört. Der Kranke kann über die jüngste Zeit, über den Ort, Zweck und Dauer seines jetzigen Aufenthaltes keine richtige Auskunft geben, ohne um eine bestimmte Antwort verlegen zu sein. Im Gegenteil, dank den zahlreichen lebhaften Sinnestäuschungen verkennt er seine Umgebung im Sinne einer ihm durchaus geläufigen Situation, deutet alles entsprechend um und lebt sich völlig in diese Täuschung ein, ohne sich der Widersprüche, mögen sie auch noch so grob sein, bewußt zu werden. Der Kellner glaubt, im Wirtshaus zu sein, zapft Bier und bedient seine Gäste; der Kutscher lenkt seinen Wagen, als den er sein Bett ansieht (Beschäftigungswahn). Ungewollt verrät so der Kranke seinen Beruf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Bewußtsein ist meist leicht getrübt, traumhaft; aber durch Anruf ist der Kranke zu wecken, zeigt sich dann, wenn auch nur vorübergehend, geordnet, aufmerksam, gibt über sein Vorleben und seine Personalien gut und schnell Auskunft, läßt sogar die Ausführung von auch nicht einfachen Untersuchungen zu. Zwischendurch greift er in die Luft, spricht zur Seite, stiert an die Decke. Eine vorübergehende Aufhellung tritt vor allem nach der Versetzung des Kranken in eine andere Umgebung ein; daher die Häufigkeit des vorübergehenden Versagens der klinischen Demonstration Deliranter. Zu einer Wahnbildung kommt es nur ausnahmsweise wegen der Störung der Kombinationsfähigkeit. Die Aufmerksamkeit ist herabgesetzt, die Auffassung beeinträchtigt, so daß auch ohne Mitwirkung von Illusionen Verhören, Verlesen, Versprechen sehr häufig zu beobachten ist, vor allem, wenn der entsprechende Sinnesreiz nicht scharf ist (undeutliche Einstellung eines Textes durch den Projektionsapparat, kleine ungewohnte Schrift, leises Sprechen). Einer meiner Kranken las statt „Einweihung des neuerbauten Verbindungshauses" „Einweisung des neuverbauten Verbildungshauses". Der Kranke merkt diese Störung nicht, auch wenn ihm noch so grobe sinnentstellende Irrtümer unterlaufen. Die Stimmung ist meist gedrückt, ängstlich, da die Sinnestäuschungen schreckhaften Inhalts vorherrschen. Häufig findet sich ein eigentümliches Gemisch von Angst, Schreckhaftigkeit mit Heiterkeit und Ausgelassenheit sowie eine Neigung zur Selbstverspottung. Was das motorische Verhalten angeht, so zeigt der Kranke eine Bewegungsunruhe, die reactiv bedingt ist; er ist immerzu bei der „Arbeit" oder „im Betriebe"; seine Bewegungen sind hastig, ungeschickt.

Die Deliranten bieten außer den körperlichen Zeichen des chronischen Alkoholismus (s. S. 280) noch mannigfache andere körperliche Störungen. Die Temperatur ist fast immer, wenn auch nicht erheblich, erhöht, ohne daß eine körperliche Erkrankung vorzuliegen braucht, und fällt kritisch mit dem Ende des Delirs ab. Der Puls ist beschleunigt, 80—110 Schläge, leicht unterdrückbar, oft dicrot; die Herzschwäche kann eine bedenkliche Höhe erreichen. Auch wenn der Kranke in Ruhe ist, schwitzt er sehr stark. Der Appetit ist meist gering, der Durst groß, die Verdauung oft gestört. Eine geringe vorübergehende Albuminurie (nur selten hyaline Zylinder) läßt sich in mehr als der Hälfte der Fälle nachweisen, weniger häufig eine vorübergehende Glykosurie. Auf der Höhe der Erkrankung besteht eine fast völlige Schlaflosigkeit. Sehr ausgesprochen ist das starke und ausgebreitete Zittern, vor allem an der meist belegten Zunge, in der Gesichtsmuskulatur, an den Fingern; es ist sehr schnellschlägig, 8—10 Schwingungen in der Sekunde, läßt auch in der Ruhe selten nach, nimmt bei Bewegungen oder psychischer Inanspruchnahme zu und geht oft mit Ataxie einher. Infolgedessen spricht der Kranke lallend, stolpernd, fast wie ein Paralytiker, schreibt zittrig, ausfahrend, oft unleserlich und zeigt eine Unsicherheit, ein Schwanken beim Gehen und Stehen. Auf Störungen des Zentralnervensystems weisen Krampfanfälle epileptiformer Art sowie Augenmuskelstörungen zentralen Charakters (Kombination mit polioencephalitis acuta superior) hin.

Verlauf.

In einer von den einzelnen Autoren verschieden angegebenen Zahl tritt der Exitus infolge von Herzschwäche oder Pneumonie ein. Das Auftreten ausgesprochen zerebraler Erscheinungen verschlechtert die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prognose. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist die Prognose durchaus gut. Nach einem Verlauf von 4—5 Tagen endigt die Erkrankung kritisch mit einem 10—24 Stunden langen, tiefen Schlaf, wieder in seltenen Fällen im Anschluß an einen epileptischen Anfall. Nach dem Erwachen ist der Kranke orientiert, besonnen, einsichtig und hat mehr oder weniger Rückerinnerung; Lücken sind fast immer nachweisbar. Zuweilen, besonders nach lytischem Abfall des Delirs, werden einzelne Sinnestäuschungen oder halluzinierte Ereignisse noch verschieden lange Zeit als Wirklichkeit angesehen und höchstens im Sinne von Erklärungsideen weiter verarbeitet (Residualwahn). Einer meiner Deliranten behauptete noch wochenlang nach Abklingen des Delirs, er sei mit einem durch eine Lokomotive getriebenen Luftschiff unmittelbar aus seiner Heimat in meinen Hörsaal gefahren. Eifersuchtsideen werden aus dem Delirium nicht selten in die gesunde Zeit hinübergenommen. In anderen Fällen klingt das Delirium langsam ab unter mannigfachen Schwankungen (Halbkrisis LIEPMANN). Sodann kann es in einen Dauerzustand geistiger Schwäche mit paranoider Färbung übergehen oder einen KORSAKOWschen Symptomenkomplex einleiten.

Das Delirium verläuft freilich nicht immer so typisch, wie es oben geschildert worden ist. Auf der einen Seite spricht man von Abortivdelirien, wenn die Krankheitserscheinungen sich auf die oben geschilderten Vorboten (ängstliche Unruhe, Schweiß, Schlafstörungen, einzelne Sinnestäuschungen, die oft nicht korrigiert werden) beschränken, auf der anderen Seite von Delirien von besonderer Schwere (erhebliche motorische Reiz- und Lähmungserscheinungen und Störung der räumlichen Orientierung, Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, Augenmuskelstörungen, Krampfanfälle, hohes Fieber, Zyanose, tiefe Bewußtseinstrübung, aus der der Kranke nicht erweckt werden kann; fast immer mit dem Tode endigend; delirium tremens febrile).

Prognose.

Die Prognose ist bei den mit körperlicher Erkrankung (Pneumonie!) verbundenen oder den schweren Delirien wegen der Gefahr des Exitus an Herzlähmung mit Vorsicht zu stellen. Die Mortalität beträgt in den anderen Fällen 3—4%. Der ungünstige Verlauf des Delirs ist selten sicher vorauszusagen. Zu beachten ist die Gefahr der Selbstbeschädigung.

Diagnose.

Die Krankheit bietet auf ihrer Höhe ein so typisches Bild, daß ihre Erkennung kaum diagnostische Schwierigkeiten bietet. Ähnliche Komplexe können bei Meningitis vorkommen, vor allem der tuberkulösen, weniger der epidemischen. Kopfschmerzen, Nackenstarre, Zähneknirschen, KERNIGSches Symptom, Facialislähmung sprechen für Meningitis, in demselben Sinne auch Eiweißvermehrung und Lymphozytose der Lumbalflüssigkeit. Augenmuskelstörungen können bei beiden Erkrankungen vorkommen, kortikale Ausfallserscheinungen eher bei Meningitis. Auch bei anderen Infektionserkrankungen, bei Blei- und anderen Vergiftungen finden sich zuweilen delirante Zustände, die dem Delirium tremens ähneln. Derartige Zustände kann man weiter bei der Paralyse, auch ohne vorhergegangene Alkoholexzesse, beobachten. Reflektorische Pupillenstarre, die vier Reaktionen (NONNE) beweisen Paralyse. Auch der Paralytiker kann über Zeit und Ort desorientiert sein; aber fast immer verändert sich seine Persönlichkeit, die beim Delirium tremens

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieselbe bleibt. Das Beschäftigungsdelir, der Galgenhumor finden sich in ausgesprochenem Maße wohl nur beim Delirium. Schließlich können die Bewußtseinsstörungen der Epileptiker Schwierigkeiten bieten. Zungenbiß, alte Narben können diagnostisch wenig verwertet werden (vgl. Alkoholepilepsie Seite 298). Aber der Epileptiker zeigt meist eine Hemmung und Einförmigkeit des Gedankenablaufs; die Umgebung wird mehr feindlich verkannt; oft herrscht eine ekstatische Stimmung vor; Größenideen, Geschmacks- und Geruchstäuschungen sind nicht selten nachzuweisen; auch ist die Bewußtseinstrübung tiefer, so daß es schwer gelingt, den Kranken zu erwecken. Vielleicht lassen sich auch die vorübergehenden Sprachstörungen (erschwerte Wortfindung, Perseveration) im Sinne der Epilepsie verwerten.

Therapie.

Sofortige sorgfältige körperliche Untersuchung (Pneumonie!; eine von den Kranken selbst oft nicht bemerkte Fraktur mit Gefahr der Fettembolie; Meningitis). Nur unter sehr günstigen äußeren Umständen kann der Delirant zu Hause bleiben, da er Tag und Nacht steter Aufsicht bedarf. Eine Unterbringung in die Irrenanstalt — es handelt sich um eine akute Geistesstörung! — ist stets vorzuziehen. Ganser hat durchaus recht mit seinem Rat, dem Deliranten sofort Digitalis, bei Anzeichen von Herzschwäche und Ansteigen der Pulsfrequenz Kampfer zu geben. Seitdem ist auch bei uns die Mortalität der Deliranten gefallen. Das Herz muß dauernd kontrolliert werden; bei Herzschwäche Erhöhung der Digitalisdosen, Strophantus, Koffein, Kampfer, starker Kaffee. Alkoholdarreichung ist, wenn überhaupt, bei dem Deliranten nur im Falle der Herzschwäche angezeigt, sollte und kann aber auch da aus prinzipiellen Gründen und pädagogischen Erwägungen besser unterbleiben. Die Temperatur muß dauernd gemessen werden; erhebliche Temperatursteigerungen mahnen zu erneuter körperlicher Untersuchung und vorsichtiger Stellung der Prognose.

Der Kranke bedarf der Bettruhe und dauernden Überwachung; daher Unterbringung auf dem Wachsaal. Die Beschäftigung mit dem Kranken erweist sich oft als wohltuend. Isolierung ist im allgemeinen zu widerraten, weil der Kranke, sich selbst überlassen, meist erregter und ängstlicher wird und sich abhetzt. Bei großer Unruhe protrahiertes warmes Bad (Überwachung des Pulses; bei drohendem Kollaps sofort aus dem Bad heraus nehmen!). Die Einwicklung ist nicht unbedenklich. Das früher vielgepriesene Chloral und Opium ist zu vermeiden. Sofern man zu einem Schlaf- und Beruhigungsmittel greifen muß, empfiehlt sich vielmehr Paraldehyd (1—2 mal täglich 2—4 g), Amylenhydrat, Veronal oder Isopral. Beseitigung etwaiger Koprostase. Blande Diät, vor allem Milch, wie denn reichliche Flüssigkeitszufuhr angebracht ist.

Der Genesene muß dauernd abstinent bleiben, sonst besteht die Gefahr der Neuerkrankung — hat man doch bis zu 8 und 10, ja bis zu 28 Delirien bei derselben Person beobachtet; die Prognose wird mit jedem Rückfall schlechter.

2. Halluzinose der Trinker.

Unter Halluzinose der Trinker (Wernicke) (akuter halluzinatorischer Wahnsinn Kraepelin, systematisierende Form des akuten Alkoholismus Jolly) versteht man eine auf chronischen Alkoholismus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zurückzuführende subakute Psychose, die durch massenhafte akustische Sinnestäuschungen, vorwiegend Phoneme, und eine sich schnell entwickelnde Wahnbildung bei erhaltener Besonnenheit und Orientiertheit ausgezeichnet ist.

Symptomatologie.

Die Psychose beginnt oft nach einem kurzen Vorstadium (Angst, innere Unruhe, allgemeines Unbehagen, Reizbarkeit, Überempfindlichkeit gegen Geräusche, ganz vereinzelte Sinnestäuschungen; Herz- und Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel) oder ganz plötzlich und dann vielfach im Anschluß an einen größeren Alkoholexzeß. Im Vordergrunde stehen massenhafte Gehörshalluzinationen, weniger elementarer Natur (Zischen, Pfeifen, Klopfen, Schießen, Kettenrasseln), sondern vorwiegend Phoneme. Mit großer sinnlicher Deutlichkeit hört der Kranke einzelne Worte oder ganze Sätze, oft auch deutliche Unterhaltungen von zwei und mehr Personen oder ein ganzes „Stimmengewirr". Er kann die Stärke, Tonhöhe, Klangfarbe und den Ausgangsort der „Stimmen" genau angeben und führt sie vielfach auf ganz bestimmte, ihm schon bekannte oder bisher fremde, fast immer aber abwesende Personen zurück. Die Stimmen beschäftigen sich fast ausschließlich mit dem Kranken selbst, machen ihm Vorwürfe wegen seines Lebenswandels, werfen ihm allerlei Schandtaten vor, verhöhnen und bedrohen ihn oder seine Familie in der schrecklichsten Weise. Ereignisse und Erlebnisse des Kranken, auch aus der jüngsten Zeit, werden in den Stimmen verwertet; dem Kranken wird nicht nur sein Sündenregister vorgehalten, er hört auch Worte, Melodien, die er gestern selbst geäußert hat. Die Stimmen rufen ihm zu „Streikbrecher, Eulenburg, 175er, Spinat, Lump, Dieb, Mörder; warte, Du kriegst bald wieder das Delir! kannst Du das Saufen gar nicht lassen?". In dem Zimmer nebenan verhandelt das Gericht gegen den Kranken, der der Verhandlung nicht beiwohnen darf. Er wird zum Tode verurteilt, und man überlegt nur, wie man ihn töten soll. Vor den Fenstern wird das Schafott von Leuten, die sich über ihn lustig machen, errichtet. Ganze Kompagnien ziehen heran, um ihn zu erschießen. Er wird aufgefordert, sich seinen Gegnern zu ergeben, zu fliehen oder sich zu töten; anderenfalls werde er und seine ganze Familie umgebracht. Was er auch tut, er wird verspottet und verhöhnt („jetzt säuft er schon wieder, statt an den Tod zu denken"). Alle seine Handlungen werden registriert. Zutreffend vergleicht KRAEPELIN den Kranken mit einem unfreiwilligen Zuhörer. Nicht selten finden sich Gedankenlautwerden (die Worte werden dabei vielfach nicht einmal, sondern 10, 20 mal und häufiger nachgesprochen) mit Muskelgefühlshalluzinationen im Munde und in der Zunge sowie Gehörsillusionen, die sich, insbesondere im Beginn der Erkrankung, vielfach an rhythmische Geräusche (Ticken der Uhr, Fallen der Wassertropfen) anschließen. In einzelnen Fällen treten auch, besonders nachts, optische (Funken, Blitze, Farben, Schatten, maskenhafte Gesichter, Tiere) oder taktile (Stechen, Brennen, Gefühl des Elektrisiertwerdens oder des Bespritztwerdens, Gefühl von kriechenden Tieren) Sinnestäuschungen auf; sehr viel seltener finden sich solche von Seiten der anderen Sinnesorgane.

Die Angst veranlaßt den Kranken zu „ängstlichen Mißdeutungen" (man fixiert ihn, spuckt vor ihm aus, das Pfeifen gilt ihm, die Zeitungen spielen auf ihn an). Außer diesem Beziehungswahn äußert der Kranke im Anschluß an die Sinnestäuschungen, vielfach zu deren Erklärung, Wahnideen, die im Bereich des Möglichen liegen (er wird

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von seinen Gegnern aus Haß, Neid, Eifersucht verfolgt), die aber seltener abenteuerliche Formen annehmen. Insbesondere veranlaßt das Gedankenlautwerden derartige physikalische Erklärungswahnvorstellungen (Beobachtung durch Spiegel, Bearbeitung durch Röntgenstrahlen, Benachrichtigung der Gegner durch drahtlose Telegraphie, Hellsehen). Fast immer handelt es sich um Wahnideen im Sinne der Verfolgung, selten um solche der Selbstanklage. Nur in vereinzelten Fällen werden Größenideen geäußert.

Die ängstliche Stimmung, die durchaus nicht immer durch die schreckhaften Sinnestäuschungen bedingt zu sein braucht, vielmehr schon vor ihnen im Beginn der Psychose auftreten kann, überwiegt bei den Kranken, freilich ab und zu mit einem leicht humoristischen Einschlag. Der Kranke ist örtlich und zeitlich orientiert, besonnen, gibt gut und prompt Auskunft. Die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit ist nicht gestört, wenn nicht gerade sehr lebhafte Sinnestäuschungen den Kranken in Anspruch nehmen. Sein Affekt und sein Handeln entsprechen im großen und ganzen dem Inhalt der Sinnestäuschungen; die Kranken treffen Gegenmaßnahmen, kaufen sich Schußwaffen, um sich ihrer Gegner erwehren zu können, halten sich Privatdetektivs, verstecken sich, reisen unstet hin und her, melden sich bei der Polizeibehörde oder begehen auch vielfach ernsthafte Selbstbeschädigungen oder Selbstmord. Manche Kranke haben ein gewisses Krankheitsgefühl; sie gehen zum Arzte wegen ihrer „Nervenbeschwerden" oder suchen den Schutz der Anstalt auf.

Körperlich bieten die Kranken die Zeichen des chronischen Alkoholismus, freilich nicht immer sehr ausgesprochen, da die Halluzinose schon nach verhältnismäßig kurzem Alkoholmißbrauch auftreten kann.

Diagnose.

In der Mehrzahl der Fälle ist die Krankheit, die ein so ungemein charakteristisches Bild gibt, leicht zu erkennen. Doch kommen ganz ähnliche, wenn auch nicht identische Symptomenkomplexe auch bei anderen Erkrankungen vor, vor allen Dingen bei Epileptikern und Degenerierten in ihren Dämmerzuständen, bei Dementia praecox, bei progressiver Paralyse, Lues cerebri und Tabes (Kraepelin). Die Unterscheidung einer ausgesprochenen Halluzinose vom typischen Delirium tremens ist nicht schwer: dort die Besonnenheit und Orientiertheit, die zahlreichen akustischen Halluzinationen und Wahnideen, hier die Benommenheit, Störung der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit, die optischen und taktilen Sinnestäuschungen, die Erhöhung der Suggestibilität und die körperlichen Zeichen des Delirium tremens. Freilich gibt es Übergangs- oder vielleicht richtiger gesagt Mischformen, in denen die Entscheidung schwer fällt; wie denn auch beide Zustände bei demselben Kranken nacheinander vorkommen können.

Prognose.

In einer großen Zahl von Fällen ist die Prognose durchaus gut; die Krankheit heilt, sobald Abstinenz eintritt, in kurzer Zeit, innerhalb weniger Tage oder Wochen, restlos aus. Sei es, daß mit Abklingen der Sinnestäuschungen sofort volle Krankheitseinsicht einsetzt, sei es, daß noch geraume Zeit hindurch an der Echtheit der Sinnestäuschungen und der Berechtigung der Wahnideen festgehalten wird. Auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hier gibt es Abortivformen, die in noch kürzerer Zeit, innerhalb von Stunden, abklingen. Die Gefahr des Rückfalls oder einer Neuerkrankung ist sehr groß, wenn die Abstinenz nicht beibehalten wird; damit wird die Prognose schlechter, da ein Defektzustand oder progressive Wahnbildung eintreten kann. Manche Autoren nehmen auch eine chronische Halluzinose an.

Therapie.

Die Kranken bedürfen wegen der großen Gefahr für sich und ihre Umgebung unbedingt der Pflege in einer geschlossenen Anstalt und hier dauernder strenger Überwachung; nur hier läßt sich die sofortige Alkoholentziehung durchführen, die geboten ist. Der Kranke darf nicht zu frühzeitig entlassen werden im Hinblick auf die häufige Dissimulation und die Gefahr des Rückfalls in Trunksucht.

3. Chronischer Alkoholismus.

Unter chronischem Alkoholismus versteht man die Gesamtheit der dauernden, durch fortgesetzten Alkoholmißbrauch bedingten körperlichen und geistigen Schädigungen.

Ätiologie.

Der chronische Mißbrauch jeder alkoholhaltigen Flüssigkeit kann chronischen Alkoholismus erzeugen. In erster Linie gilt das vom Schnaps, sei es, daß er allein oder neben Bier und Wein genossen wird. Biermißbrauch allein erzeugt mehr eine allgemeine Versimpelung und Schwerfälligkeit mit Selbstzufriedenheit sowie Erkrankungen des Gefäßsystems.

Die Mehrzahl der Alkoholisten ist belastet, vor allem mit Alkoholismus, der abgesehen von der Keimschädigung auch durch die Verschlechterung der sozialen Lage und die Macht des Beispiels nachteilig wirkt; sodann findet sich in der Aszendenz oft Epilepsie, Hysterie, Imbezillität. Die Alkoholisten sind vielfach selber Psychopathen, von Haus aus haltlose, unselbständige Naturen, die leicht der Verführung erliegen; andere neigen zu leichten Verstimmungen, verzagen und versagen bei jeder Widerwärtigkeit, glauben, ihrer mit Alkohol Herr werden zu können, vergrößern aber nur das Übel und schaffen so einen bedenklichen circulus vitiosus. Ferner sind besonders die Imbezillen sowie manche Epileptiker der Gefahr des chronischen Alkoholismus ausgesetzt. Das endogene Moment spielt die Hauptrolle; das geht schon daraus hervor, daß gar viele dauernd Alkohol zu sich nehmen, manche vorübergehend sogar recht viel (Zeit des Studiums!), ohne doch chronische Alkoholisten zu werden. Die für den Verfall in chronischen Alkoholismus notwendige Minderwertigkeit kann auch erworben sein (trauma capitis, Infektionskrankheiten).

Daneben sind von ursächlicher Bedeutung die heutigen Trinksitten oder, richtiger gesagt, Trinkunsitten, die Gefahr der Verführung, die Unterschätzung der Schädlichkeit des Alkohols — halten doch viele den Alkoholgenuß für nützlich oder gar notwendig; das Bier wird gepriesen als „flüssiges Brot“ — und die Leichtigkeit, mit der überall Alkohol zu erlangen ist. Alles dies erklärt die große Gedankenlosigkeit, mit der viele in ihr Verderben rennen. Die zielbewußte, rücksichtslose Agitation von Seiten der Vertreter des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alkoholkapitals tut das Ihrige dazu. Kummer und Sorgen, häusliches Elend werden auch als Ursache angegeben, die freilich oft genug mehr Folgen des Alkoholmißbrauchs sind. Einzelne Berufe wie die Vertreter der Alkoholgewerbe (Kellner, Wirte, Geschäftsreisende) sind besonders gefährdet. Schließlich darf nicht verschwiegen werden, daß — vor allem früher — die ärztliche Verordnung von „stärkenden" Weinen (Tokayer, Baldriantropfen), die insbesondere bei Kindern oder genesenen Trinkern auf das schärfste zu verurteilen ist, eine Rolle mitspielen kann.

Symptomatologie.

Die psychischen Symptome des chronischen Alkoholismus bestehen in einer Herabsetzung aller geistigen Leistungen. Vor allem macht sich eine oft schon von jeher bestehende Willensschwäche, ein Mangel an Energie und Initiative stärker bemerkbar. Infolgedessen wird es dem Trinker unmöglich, aus eigener Kraft dem Alkohol zu entsagen. Gewiß vermag er noch in der ersten Zeit, das Gefährliche seiner Neigung einzusehen, reagiert auf Vorhalt mit Scham und Reue, verspricht das Beste, um doch wieder der ersten Versuchung zu erliegen. Die Einsicht nimmt aber immer mehr ab. Vorhaltungen gegenüber erweist er sich als unzugänglich; er sucht und findet immer wieder eine Ausrede, eine Entschuldigung für seinen Rückfall. Bald ist es zu warm, bald zu kalt, bald zu trocken, bald zu feucht. Die Frau hat ihn lieblos behandelt, die Kinder achten ihn nicht. Das Geschäft wirft etwas ab oder geht zu schlecht. Ursache und Wirkung werden oft verwechselt. Die höheren Interessen erlahmen. Die Bitten der Frau, der Rückgang des Geschäfts machen keinen Eindruck; Vorwürfe lehnt er als unberechtigt ab. Während er die Rolle des Biedermanns, des besorgten Vaters, des liebevollen Gatten spielt und seine zahlreichen guten Eigenschaften und Fähigkeiten in das beste Licht zu setzen versteht, kommt er seinen Pflichten nicht mehr nach, wechselt den Beruf oder die Stellung, sinkt immer tiefer, und seine Ansprüche an den geselligen Verkehr werden immer geringer. So kommt es bald zu einem wirtschaftlichen Verfall. Die Frau muß arbeiten, soll die Familie nicht darben. Die Ehe wird zerrüttet; während er im Kreise seiner Zechkumpane ein gern gesehener Gesellschafter ist, zeigt er sich in seiner Familie von einer ganz anderen Seite: er beschimpft und bedroht die Seinigen, wirft der Frau Untreue vor, wird in unmotivierten Zornausbrüchen tätlich. Der Trinker denkt nur an die Befriedigung seiner Gier, versetzt den Hausrat, versäuft, was er nur in die Finger bekommt, und schrickt nicht vor Bettelei, Diebstahl, Betrug zurück.

In intellektueller Hinsicht tritt sehr schnell eine Schädigung ein, eine Abnahme der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit, eine leichte Ermüdbarkeit, eine Einbuße der Urteilsfähigkeit. Das Interesse und Verständnis für neue Aufgaben erlischt, der Kranke bewegt sich vorwiegend in alten Geleisen, drückt sich weitschweifig und umständlich aus und bevorzugt dieselben Redensarten. Die Stimmung ist stumpf, gleichgültig mit Neigung zu unbegründeten Zornausbrüchen, besonders nach Alkoholzufuhr, bei anderen leicht humoristisch gefärbt. Selten fehlt eine Rührseligkeit und Weinerlichkeit.

Die körperlichen Symptome sind nicht minder mannigfaltig. In der ersten Zeit kann der gute Ernährungszustand und die rote Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sichtsfarbe über die körperliche Schädigung hinweg täuschen. Aber in späteren Zeiten zeigt der Trinker den bekannten Habitus: rotes, gedunsenes Gesicht mit zahlreichen Venenerweiterungen, die schlaffen Gesichtszüge, die hervortretenden Augen mit stark injizierten Konjunktiven und dem matten, feuchten Blick („schwimmende Augen"), die rote Nase, das Beben der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen. Viele Trinker sehen frühzeitig gealtert aus. Hierzu kommen Störungen des Gefäßsystems (Arteriosklerose, Nephritis, Myocarditis, „Bierherz") und der Digestionsorgane (vomitus matutinus, Appetitlosigkeit, Leberzirrhose, Glykosurie). Hier interessieren vor allem Störungen von Seiten des Nervensystems: Schwindel, Kopfschmerzen, Polyneuritis (vorwiegend der Strecker der unteren Gliedmaßen mit Lähmung, Atrophie, Ataxie, Sensibilitäts- und Reflexstörungen, Druckempfindlichkeit der Waden), zuweilen Opticus-Neuritis (Abblassung der temporalen Papillenhälfte), Trägheit der Pupillarreflexe, Augenmuskelstörungen, feinwelliger, schnellschlägiger Tremor der Zunge und der gespreizten Finger, Störungen des Schlafs, bisweilen auch vereinzelte epileptiforme Anfälle.

Zuletzt ist der Kranke eine körperliche und geistige Ruine.

Diagnose.

Die Erkennung ist oft erschwert, weil der Trinker in glaubhafter Weise Alkoholmißbrauch leugnet und alles in Abrede stellt, was ihm zur Last gelegt wird. Die körperliche Untersuchung (Prüfung auf Neuritis! Wadendruckempfindlichkeit! Klagen der Kranken über „Rheumatismus"! Urin, Zittern usw.) ist notwendig; eine Zeugenvernehmung ist, besonders im Beginn, oft nicht zu umgehen.

Prognose.

Die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen und um so schlechter, je länger das Leiden besteht, je größer die vorhandene Schädigung, je einsichtsloser der Kranke ist, je ungünstiger die häuslichen und sozialen Verhältnisse sind. Das Leben des Kranken wird gefährdet durch Nephritis, Apoplexie, Myokarditis, Pneumonie.

Therapie.

Am wirksamsten ist die Prophylaxe: Aufklärung des Volkes über die Schäden des Alkoholmißbrauchs, die schon in der Schule einsetzen soll, Bekämpfung der Trinksitten, Erschwerung der Erteilung von Konzessionen für Wirtschaften, Erleichterung der Beschaffung trinkbarer alkoholfreier Getränke, Pflege von Sport, Schaffung eines Trinkerfürsorgegesetzes, zielbewußte Bekämpfung der gegnerischen Bestrebungen des Alkoholkapitals sowie vor allem soziale Hygiene im weitesten Sinne des Wortes. Den Psychopathen, die besonders gefährdet sind, ist dauernde Abstinenz zu empfehlen; sie ist geboten als das einzige Heilmittel bei chronischen Alkoholisten. Aus sich vermag der Alkoholist nicht zu entsagen; sein Manneswort, seine heiligsten Schwüre verdienen keinen Glauben. Ein nicht zu kurz bemessener (mindestens 1 Jahr) Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt (Irrenanstalt, besser Trinkerasyl im Hinblick auf das ganze Milieu) ist notwendig. Nach der Entlassung Anschluß an einen Abstinenzverein, der als einziges Heilmittel nur in einzelnen milderen Fällen ausreicht. Die ganze Familie muß mit dem Genesenen abstinent werden. Manche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Autoren haben mit Erfolg die Hypnose verwertet. Die Entmündigung wegen Trunksucht § 6 Z. 3 BGB. allein versagt schon deshalb, weil sie meist zu spät verhängt wird. Vor den immer wieder in der Tagespresse empfohlenen Geheimmitteln ist der Kranke und seine Familie nachdrücklichst zu warnen.

An der Entwicklung des chronischen Alkoholismus beteiligen sich verschiedene Umstände: Einmal die Summe der einzelnen Vergiftungen, sodann die durch sie gesetzten Schädigungen der verschiedenen Organe, insbesondere des Zentralnervensystems, und nicht zuletzt die Eigenart der Persönlichkeit. Infolgedessen ist es, besonders in der Remission, im Einzelfall oft schwer, mit Sicherheit zu entscheiden, was auf die Trunksucht, was auf die Anlage zurückzuführen ist.

So wird es auch erklärlich, wenn hysterisch Veranlagte nach chronischem Alkoholmißbrauch ausgesprochen hysterische Störungen bieten, besonders in der Form von Dämmerzuständen (Voss) mit all ihren charakteristischen Merkmalen; der Alkoholmißbrauch ist in diesem Falle der „agent provocateur" der hysterischen Störung.

Daß schon der einmalige Alkoholgenuß auf die Epileptiker sehr nachteilig wirken kann, ist bereits gelegentlich der Besprechung des pathologischen Rausches (S. 269) erwähnt. Durch dauernden Alkoholmißbrauch können die epileptischen Anfälle an Zahl und Schwere, vor allem auch an Neigung zu kriminellen Handlungen zunehmen. Insbesondere können bei dem epileptisch Veranlagten durch Alkoholmißbrauch die ersten ausgesprochenen Zeichen einer Epilepsie ausgelöst werden. Auf der anderen Seite können bei Alkoholisten epileptische Anfälle auftreten, vor allem im Beginn des Delirium tremens oder der Korsakowschen Psychose, bei einem pathologischen Rausch, aber auch unabhängig von diesen akuten psychotischen Zuständen. Diese Anfälle sind dann lediglich oder doch ganz überwiegend auf den Alkohol zurückzuführen, so daß man von Alkoholepilepsie (s. S. 298) spricht. Denn mit Eintritt der Abstinenz verschwinden die Anfälle regelmäßig in kurzer Zeit und für immer, sofern die Abstinenz beibehalten wird; es fehlen auch die anderen Merkmale der genuinen Epilepsie, und vor allem kommt es nie zu der charakteristischen epileptischen Demenz.

Oben ist schon hervorgehoben, daß viele chronische Alkoholisten Eifersuchtsideen äußern, freilich nur vorübergehend, im Delir, im Rausch oder im Affekt, aus Ärger über das Verhalten der Frau. Diese Vorstellungen können stärker und nachhaltiger auftreten und bei paranoisch veranlagten Personen zu einem in sich fest geschlossenen Wahnsystem vereinigt werden, so daß man von **Eifersuchtswahn** (Nasse) oder besser noch, entsprechend dem Inhalt der Wahnideen, vom Wahn der ehelichen Untreue (v. Krafft-Ebing) reden kann.

Symptomatologie.

Der Kranke deutet jede gleichgültige Begebenheit, jede belanglose Erfahrung im Sinne seiner Wahnideen. Wenn das Geld nicht ausreicht oder der Wohlstand zurückgeht, ist daran die Hurerei der Frau schuld. Diese ist auffallend freundlich, um ihren Mann zu täuschen. Ist sie aber still und ernst, so wird sie von Reue und Scham geplagt. Auf der Straße wird gepfiffen, um sie rechtzeitig vor ihm zu warnen; ist die Frau nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Hause, so weilt sie bei ihrem Liebhaber. In Gegenwart anderer, sogar der Kinder, die er nicht als die seinigen anerkennt, macht er ihr offen und unzweideutig Vorhaltungen. Er untersucht ihre Leibwäsche; Flecke werden auf Samen des Verführers zurückgeführt. Das Bettuch ist zerknittert vom Ehebruch. Er untersucht in schamloser, rücksichtsloser Weise die Genitalien: eine Erweiterung oder „bläuliche Verfärbung" der Genitalien beweist ihm sicher den außerehelichen Verkehr. Bleibt die Regel aus, so ist die Frau von einem anderen schwanger; kommt die Regel, so ist daran die Einleitung des künstlichen Aborts schuld. Der Kreis der Nebenbuhler wird oft erstaunlich weit gezogen; nicht nur sind es der eigene Vater, der Bruder, ja der Sohn, der betrügt, sondern oft viele, ja zahllose Vertreter eines Standes oder Berufes; selbstverständlich ist der Richter, der die Entmündigung ausgesprochen hat, auch oft beteiligt. Nicht selten unterstützen Sinnestäuschungen den Kranken in seiner Wahnbildung. Seine Zechkumpane tuscheln über ihn und verstummen, sobald er sich ihnen nähert. Auf der Straße macht man sich über ihn lustig, da er in seiner Dummheit nichts merke; ja, man redet ganz laut und offen über den Ehebruch seiner Frau. Er hört seine Nebenbuhler mit seiner Frau sprechen und scherzen, über ihn spotten; er vernimmt deren Tritte, sieht deren Fußspuren auf dem Linoleum, riecht den verräterischen Zigarettenrauch, sieht nachts verdächtige Gestalten.

Diagnose.

Die Diagnose ist insofern schwierig, als tatsächlich viele Ehen von Trinkern zerrüttet sind und die Angaben der Trinker durchaus glaubhaft erscheinen, ja richtig sein können; trägt doch schon die normale Eifersucht pathologische Züge. Deshalb ist von entscheidender Bedeutung der Mechanismus der Wahnbildung. Der Kranke zieht aus nichtigen Anlässen weitgehende Schlüsse, ohne sich eines Besseren belehren zu lassen. Abenteuerliche Wahnideen oder echte Sinnestäuschungen sind natürlich noch beweisender. Ausdrücklich muß hervorgehoben werden, daß der Eifersuchtswahn nicht nur bei chronischem Alkoholismus vorkommt, sondern auch bei anderen Psychosen, vor allem der senilen Demenz, der Arteriosklerose, dann aber auch im Beginn der Schizophrenie und der progressiven Paralyse.

Prognose.

Die Prognose ist um so besser zu stellen, je früher völlige Enthaltung vom Alkohol eintritt, je schneller das Krankhafte eingesehen wird, wenn nur die Abstinenz beibehalten wird. Viele Alkoholisten werden rückfällig, und damit besteht die Gefahr des Chronischwerdens des Eifersuchtswahns!

Therapie.

Schon der Schutz des gesunden Ehegatten erheischt dringend Anstaltspflege des Trinkers. Der kranke Ehegatte beobachtet den anderen Teil auf Schritt und Tritt, läßt ihn durch Detektivs überwachen, schließt ihn ein oder sucht auf alle mögliche Weise ein Geständnis zu erpressen, erstattet oft recht drastisch gehaltene Anzeigen gegen seine Feinde. Der Kranke beschimpft und verdächtigt den anderen Ehegatten und schrickt nicht vor den brutalsten Mißhandlungen zurück. Die Häufigkeit einer Dissimulation erfordert besondere Vorsicht bei der Entlassung aus der Anstalt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beherrschen körperliche Störungen (lallende, verlangsamte, verwaschene Sprache, schlaffe Gesichtszüge, bebende Gesichtsmuskulatur, Zittern der Zunge und Finger, Störungen seitens der Pupillen, Ataxie, Lähmungen, Krampfanfälle) das Krankheitsbild, so kann bei ausgesprochener Demenz und der Stumpfheit, Sorglosigkeit und Interesselosigkeit, die dem Alkoholisten eigen ist, der Eindruck der progressiven Paralyse vorgetäuscht werden. Diese Gefahr besteht vor allem bei Vorliegen des Korsakowschen Symptomenkomplexes (s. unten), da sich hierbei noch Störungen des Gedächtnisses, Suggestibilität und gelegentlich Größenideen geltend machen.

Indes findet sich beim chronischen Alkoholismus nicht die typische Sprach- und Schreibstörung des Paralytikers. Die reflektorische Pupillenstarre ist bei Alkoholismus ungemein selten, und die beweisenden Fälle sind sehr gering an Zahl, zudem nicht alle einwandfrei, so daß es richtiger ist, in der Praxis mit dem Vorkommen von reflektorischer Pupillenstarre nur bei Luischen zu rechnen. Ausgesprochene Neuritis spricht für Alkoholismus. Halbseitige Erscheinungen (Hemiplegie, Krampfanfälle einer Körperhälfte) machen Paralyse wahrscheinlicher. Die Demenz des Alkoholisten ist nicht so groß, wie sie auf den ersten Anblick erscheint. Bei Paralyse ist die Merkfähigkeit selten so handgreiflich gestört wie beim Korsakowschen Symptomenkomplex. Eine Entscheidung ist heutzutage durch die vier Reaktionen (Nonne) mit aller Sicherheit zu fällen. Man braucht daher nicht mehr wie früher in den unklaren Fällen, den Ausgang abzuwarten, der bei der Paralyse durchaus schlecht ist, bei Alkoholismus gut sein kann. Natürlich muß auch mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß mancher Paralytiker im Beginn seiner Erkrankung anfängt zu trinken; das Krankheitsbild der Paralyse kann dann eine alkoholische Färbung gewinnen.

Jedenfalls ist bei chronischem Alkoholismus äußerste Vorsicht in der Annahme einer progressiven Paralyse geboten!

4. Korsakowsche Psychose der Trinker.

Der Korsakowsche Symptomenkomplex ist durch Störung oder Verlust der Merkfähigkeit mit örtlicher und zeitlicher Desorientiertheit und Neigung zu Konfabulationen bei erhaltener Besonnenheit gekennzeichnet.

Symptomatologie.

Dieser Symptomenkomplex entwickelt sich bei Trinkern akut aus einem oft ungewöhnlich gefärbten Delirium tremens heraus, das nicht kritisch mit Schlaf endigt, sondern chronisch wird, seltener nach einem stuporösen Zustande oder nach epileptischen Anfällen; oder allmählich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus unter dem Bilde einer langsam zunehmenden Vergeßlichkeit.

Das auffälligste Symptom ist die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit. Der Kranke vergißt Ereignisse und Erlebnisse der letzten Zeit, oft fast augenblicklich. Er steht vom Tisch auf und beklagt sich, daß er nichts zu essen bekommt. Er stellt sich immerzu seiner Umgebung vor und ist stets aufs neue erstaunt, die Türe verschlossen zu finden. Einer meiner Kranken schrieb einen zwei Seiten langen, formal durchaus geordneten Brief, der aus der achtmaligen Wiederholung desselben Satzes bestand. Da dem Kranken die Aneinanderreihung der aufeinander-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

folgenden Ereignisse damit unmöglich wird, ist er über Zeit und Ort nicht unterrichtet. Er kennt das Datum nicht, kann auch nicht ungefähr die Tageszeit angeben, weiß nicht, wo er augenblicklich ist und wie lange er sich schon hier befindet. Er macht wechselnde Angaben, wenn man ihn darnach fragt. Die Störung der Merkfähigkeit, bei deren Prüfung der Kranke im allgemeinen richtig auffaßt, ist unmittelbar festzustellen, vor allem bei akustischen Reizen, aber auch bei Prüfung auf anderen Sinnesgebieten.

Der Kranke hat keine Erinnerung für die Zeit der Erkrankung; im Hinblick auf die erheblichen Gedächtnisstörungen spricht man daher auch von dem amnestischen Symptomenkomplex. Dieser Ausfall kann sich weiter rückwärts in die Zeit der Gesundheit erstrecken (retrograde Amnesie), in den einzelnen Fällen verschieden stark und weit, von Wochen bis zu Monaten, ja bis zu Jahrzehnten (Liepmann), oft scharf abgeschnitten, oft verwaschen auslaufend. Was in der Zwischenzeit sich ereignet hat, hat der Kranke mehr oder weniger vergessen: seinen Berufswechsel, seine Heirat, den Tod der Seinigen, auch die wichtigsten politischen Ereignisse, freilich ohne völlige Einbuße seiner Individualität. Der Kranke lebt in der Zeit, mit der seine Erinnerung aufhört, und deutet dementsprechend wahnhaft seine jetzige Situation: die Frau, die schon Mutter mehrerer Kinder ist, hört nur auf ihren Mädchennamen; der Journalist Liepmanns stellte sich mit seinen 50 Jahren als Studenten vor; auch ich habe mehrfach Kranke in diesem Alter gesehen, die glaubten, im Garnisonlazarett zu sein.

Der Kranke ist aber bei der erhaltenen geistigen Regsamkeit um eine Antwort auf Fragen nicht verlegen (er ist soeben hergekommen, er will hier einen Besuch abstatten). Es handelt sich dabei um eine Verlegenheits- oder Augenblickskonfabulation, mit der der Kranke seine Gedächtnislücke zu verschleiern oder zu ergänzen sucht. Hierbei erweist er sich ungemein suggestibel. Noch mehr ist das der Fall, wenn er sich vermeintlicher, frei erfundener Erlebnisse zu erinnern glaubt (Erinnerungstäuschungen, Pseudoreminiszenzen), die oft ganz abenteuerlich und phantastisch gefärbt sein können, als ob sie aus deliranten Zuständen herübergenommen seien, oder auch den Größenideen von Paralytikern ähneln. Der Kranke, der seit Wochen gelähmt ist und das Bett hütet, hat gestern einen Spaziergang gemacht; mit epischer Breite, mit einer verbindlichen Liebenswürdigkeit, durchaus überzeugt von der Richtigkeit seiner Angaben, schildert er die Schönheit der Natur, die Kneipe, die er besucht, die Gesellschaft, die er getroffen hat. Ein anderer war gestern im Kriege oder hat eine Revolution mitgemacht, eine Reise zum Nordpol mit dem Luftschiff ausgeführt oder an einer Jagd auf Löwen, Tiger und Leoparden teilgenommen.

Die Stimmung ist gleichgültig, stumpf, oft leicht euphorisch oder mit einer Neigung zum Witzeln verbunden. Sich selbst überlassen ist der Kranke vielfach ohne Teilnahme, ohne Interesse und Initiative. Nach Alkoholgenuß kann sich eine Reizbarkeit geltend machen.

Der Kranke ist dabei — und das ist im Vergleich zu den erheblichen und mannigfachen Störungen des Gedächtnisses besonders bemerkenswert und drängt sich auch jedem Beobachter auf — durchaus geordnet, gibt richtig und schnell Auskunft und vermag den alten, gut erhaltenen Schatz seiner Erinnerungen und Erfahrungen ebenso gut zu verwerten wie in seinen gesunden Tagen.

Viele Kranke leiden gleichzeitig an einer Polyneuritis, die sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschieden stark sein kann, von einer leichten Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln bis zu den ausgesprochensten Lähmungen mit Entartungsreaktion und Atrophie, mit Ataxie, Störungen der Sehnenreflexe und der Sensibilität. Beteiligt sind vor allem die peripheren Nerven, vorwiegend die der Extensoren, in erster Linie an den unteren Gliedmaßen. Auch die Hirnnerven können ergriffen sein (vagus: Tachykardie, Dyspnoe; Schluckstörungen; Augenmuskelstörungen). Hierfür kann auch eine Erkrankung des Gehirns in Betracht kommen, die Poliencephalitis acuta superior, die mit Augenmuskelstörungen, vorwiegend Blicklähmung, starker Ataxie, Schlafsucht und deliranten Zuständen einhergeht, aber nicht immer, wie ihr erster Beschreiber (Wernicke) angenommen hat, tödlich endigt. Mehrfach sind auch kortikale Herderkrankungen als Begleiterscheinungen beschrieben worden (Aphasie, Agraphie, Tastlähmung).

Zwischen Schwere der körperlichen und psychischen Symptome besteht durchaus kein Parallelismus. Körperliche Störungen, wenigstens ausgesprochene, können fehlen. Zuweilen bestanden vor Ausbruch der Psychose Klagen über Reißen und Schmerzen („Rheumatismus") sowie Kribbeln; seltener setzt die Polyneuritis erst mit Abklingen der Psychose ein.

Diagnose.

Die Korsakowsche Psychose stellt keine Krankheit sui generis dar, sondern nur einen Symptomenkomplex. Freilich findet sich dieser in der charakteristischen Entwicklung und klinischen Reinheit am häufigsten bei chronischen Alkoholisten, die schon geraume Zeit vorher über Schwäche, Reißen, Schwindel, ängstliche Träume geklagt oder delirante Zustände durchgemacht haben.

Dieser Symptomenkomplex ist aber nicht an das gleichzeitige Vorhandensein der Polyneuritis gebunden, so daß der Ausdruck polyneuritische Psychose, abgesehen von sprachlichen Gründen, auszumerzen ist. Der Korsakowsche Symptomenkomplex findet sich auch als Reaktion auf andere Gifte (CO, As) oder auf Infektionskrankheiten (Typhus, Influenza, septische oder enteritische Prozesse, Meningitis u. a.). Ferner tritt er auf nach Kopfverletzungen mit Gehirnerschütterung, nach Strangulation sowie bei progressiver Paralyse, Lues cerebri, Arteriosklerose, Hirntumor und nicht zuletzt im Senium in der Form der Presbyophrenie (Wernicke). Die Differentialdiagnose gegen progressive Paralyse ist bereits oben (vgl. S. 283) besprochen. Für Presbyophrenie spricht das Alter, eine Arteriosklerose, eine Neigung zu abendlichen Delirien und eine emotionelle Schwäche.

Prognose.

Im deliranten Stadium kann der Tod infolge von Herzschwäche oder Dyspnoe eintreten; später ist die Prognose quoad vitam gut. Die Erscheinungen der Polyneuritis heilen, auch wenn sie weit vorgeschritten sind, unter Abstinenz und zweckmäßiger symptomatischer Behandlung, oft überraschend gut, aus. In psychischer Beziehung tritt eine Heilung selten ein; diese Möglichkeit wird sogar von vielen bestritten. Meist klingen die Konfabulationen ab, die Orientierung tritt ein, während die Merkstörung anhält, und so entwickelt sich ein Zustand geistiger Schwäche, charakterisiert durch Willensschwäche und Intelligenzdefekt, der so unerheblich sein kann, daß man

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von einer erheblichen Besserung reden muß; in anderen Fällen kann er in seiner Schwere an die Demenz eines Paralytikers erinnern.

Therapie.

Aufnahme in eine geschlossene Anstalt. Symptomatische Behandlung der durch die Polyneuritis verursachten Störungen. Dauernde Abstinenz.

Im Anschluß an die durch Alkoholmißbrauch bedingten psychischen Störungen sei noch die **Dipsomanie** besprochen, obwohl sie mit den toxischen Psychosen nicht das Geringste zu tun hat. Unter Dipsomanie (Hufeland) versteht man den anfallsweise auftretenden, auf eine primäre, rein endogene Verstimmung zurückzuführenden Drang nach dem übermäßigen Genuß von narkotischen Mitteln schlechtweg, insbesondere von Alkohol.

Symptomatologie.

In den typischen Fällen lebt der Kranke für gewöhnlich sehr mäßig oder abstinent, hat sogar einen Widerwillen gegen Alkohol. Zeitweilig treten ohne äußeren Anlaß Zustände von Verstimmung auf, die von dem Kranken selbst als etwas durchaus Fremdartiges empfunden werden. Er wird ängstlich, erregt, reizbar, mißmutig, arbeitsunlustig, leistungsunfähig. Eine innere Unruhe bemächtigt sich seiner; er kann es nirgendwo aushalten, und Selbstvorwürfe, die zu Suizidideen sich steigern können, quälen ihn. In anderen Fällen überwiegen Mißtrauen und Beziehungswahn, die ihn in die Einsamkeit treiben. Er schläft schlecht, wird von Träumen geängstigt, verliert den Appetit, empfindet Herzpalpitationen; auch andere vasomotorische Störungen stellen sich ein. Über Druck oder Schmerz im Kopf, auch neuralgiforme Beschwerden wird geklagt.

Der Kranke greift zum Alkohol, der ihm vielleicht schon aus früherer Erfahrung als Sorgenbrecher bekannt ist. Zuweilen wirkt in demselben Sinn ein starkes Durstgefühl. In anderen Fällen kann uns der Kranke keine Auskunft geben, warum er in seiner Verstimmung zum Alkohol greift. Er trinkt nun unentwegt wahl- und ziellos Alkohol in oft unglaublichen Mengen. Vor Jahren habe ich eine Dame behandelt, die in diesen Anfällen bis zu 8 Flaschen Wein und 48 Flaschen Bier an einem Tage trank. Welche Getränke bevorzugt werden, hängt vor allem von der sozialen Stellung, von den Geldverhältnissen, auch vom Zufall ab. Aber wir sehen, daß auch gebildete Kranke nicht vor dem gewöhnlichen Schnaps oder gar denaturierten Spiritus zurückschrecken. Magnan, dem wir eine anschauliche Schilderung der Dipsomanie verdanken, erwähnt Kranke, die sich zu Beginn des Anfalls mit alkoholhaltigen Flüssigkeiten einschlossen, denen sie Brechmittel, Urin, Kot beigemengt hatten, um sich den Alkoholgenuß zu verekeln — aber vergeblich! Der Kranke erliegt fast immer in diesem Kampfe. Die meisten halten sich dann für sich, andere suchen die Gesellschaft auf, verkehren in Spelunken, die sie sonst nicht betreten, halten jeden, den sie treffen, frei und geben viel Geld in kurzer Zeit aus. Reicht es nicht mehr, versetzen sie ihre Wertsachen und Kleidungsstücke, begehen Zechprellereien, lassen sich Diebstähle, Unterschlagungen zuschulden kommen; anständige Frauen schrecken nicht vor eigener Prostitution oder der Feilbietung ihrer Tochter zurück. Die Zeichen der gewöhn-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen Trunkenheit, vor allem die körperlichen, fehlen meist, so daß dem Dipsomanen oft eine besondere Toleranz zugeschrieben wird. In Wirklichkeit aber reagieren sie sehr häufig in der Form des pathologischen Rausches. Manche Kranke neigen zu sinn- und ziellosen Wanderungen, andere zu den erwähnten kriminellen Handlungen. Der Zustand dauert einige Tage bis zu 1—2, höchstens 3 Wochen; dann endigt er vielfach mit einem tiefen Schlaf. Nach dem Erwachen ist der Kranke wie abgeschlagen, leidet an Zittern, Müdigkeit, schlechtem Schlaf, Magendarmbeschwerden; Scham und Reue, die bittersten Selbstvorwürfe, die zum Selbstmord führen können, machen die psychische Reaktion aus.

Der Kranke ist nun wieder fleißig und nüchtern. Aber trotz der besten Vorsätze erliegt er beim nächsten Anfall wieder dem Alkohol. Der Zwischenraum zwischen den einzelnen Anfällen, die einander sehr ähneln können, schwankt von Wochen bis zu Jahresfrist und noch mehr; bei Frauen ist zuweilen ein menstrueller Typus nachzuweisen. Im allgemeinen werden im Laufe der Zeit die Zwischenräume kürzer, die Anfälle länger und schwerer; die körperlichen und psychischen Zeichen des chronischen Alkoholismus machen sich zunehmend deutlicher bemerkbar.

Von der echten Dipsomanie ist die Pseudodipsomanie (Marguliés) scharf zu trennen. Auch bei ihr finden sich schubweise Alkoholexzesse. Indes handelt es sich dabei um haltlose Individuen, die auch sonst dem Alkohol frönen, die aber durch äußere Umstände (Verführung, Ehezwist, Lohnzahlung) zu den Exzessen veranlaßt werden. Der erste Tropfen Alkohol bricht den Widerstand. Zutreffend spricht deshalb Heilbronner von Personen, die nur zeitweise mäßig sind.

Die Dipsomanie ist schon früher, vor allem wieder von der Kraepelinschen Schule (Gaupp), zur Epilepsie in nahe Beziehung gebracht oder mit ihr identifiziert worden. Indes trifft diese Annahme nur für einen Teil der Fälle zu. Periodische Verstimmungen allein genügen eben noch nicht zur Diagnose der Epilepsie, und so häufig die Epilepsie, so selten ist echte Dipsomanie. Die anderen Fälle sind als Störungen von Psychopathen aufzufassen, die dann sehr oft mit Alkoholismus oder gar mit Dipsomanie belastet sind, oder betreffen Traumatiker oder Manisch-depressive.

Diagnose.

Die Diagnose hat vor allem den Nachweis eines periodisch auftretenden Alkoholmißbrauches nach vorausgegangener endogener Verstimmung und die meist abnorme Alkoholwirkung zu berücksichtigen.

Therapie.

Erzwingung der Abstinenz in den einzelnen Anfällen, die fast nur durch die Unterbringung in eine geschlossene Anstalt zu erreichen ist, und Bekämpfung des Grundleidens. Auch hierzu bedarf es des Aufenthalts in der Anstalt. Freilich treten auch da noch Anfälle von Verstimmung auf; aber sie verlaufen dank der Ausschaltung des Alkohols meist milder.

Nach der Entlassung ist dauernde Abstinenz notwendig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Morphinismus.

Unter Morphinismus versteht man die Gesamtheit der durch chronischen Morphiumgebrauch bedingten körperlichen und psychischen Schädigungen bei den Personen, die freiwillig auf Morphium nicht mehr verzichten können.

Ätiologie.

Die Zahl der Morphinisten ist im Vergleich zu der Häufigkeit der Verwendung des Morphiums als schmerzstillenden Mittels gering. Daß nicht jeder der Gefahr, Morphinist zu werden, ausgesetzt ist, liegt daran, daß das Morphium bei vielen außer der Linderung der Schmerzen unangenehme Erscheinungen (Kopfschmerzen, Erbrechen, Neigung zu Schweißausbrüchen, Gefühl von einem Unbehagen, Denkhemmung — man spricht geradezu von Katzenjammer! —) hervorruft. Bei anderen folgt aber eine ausgesprochene Euphorie, ein Gefühl von Lust, erhöhter Energie und Leistungsfähigkeit. Gerade die so Veranlagten sind der Gefahr des Morphinismus ausgesetzt, und diese Gefahr ist um so größer, wenn es sich um von Haus aus willensschwache Personen handelt, oder um solche, die leicht versagen und mutlos werden. Insofern kann man von einer Anlage zum Morphinismus sprechen. Die Gefahr, dem Morphinismus zu verfallen, besteht aber erst von dem Augenblick an, in dem die Spritze und das Morphium zur freien Verfügung steht und die Energie fehlt, das Morphium bei Abklingen der Schmerzen wieder auszusetzen. Danach kann es nicht auffallen, wenn unter den Morphinisten die Zahl der Psychopathen, der Hysteriker, der abnormen Charaktere, die dazu neigen, auch andere Heilmittel (Chloral, Paraldehyd oder gar Cocain) oder Alkohol im Übermaß zu sich zu nehmen, überwiegt; andere Kranke haben ihre Energie infolge erschöpfender Krankheiten, Exzesse, vielfach auch durch berufliche Überanstrengung eingebüßt. Ebenso ist es erklärlich, daß die Morphinisten vorzugsweise aus den Ständen stammen, die berufsmäßig mit Morphium zu tun haben (Ärzte, die zudem jeden Augenblick bei Tag und Nacht frisch und leistungsfähig sein müssen, Tierärzte, Apotheker, Drogisten, Krankenpflegepersonal). Jeder Morphinist bildet für seine nähere Umgebung eine große Gefahr: morphinistische Ehepaare sind nicht selten; aus einer kleinen Stadt kamen innerhalb kurzer Zeit 7 Morphinisten in meine Behandlung, die sämtlich durch einen morphinistischen Arzt „infiziert" waren.

Die Gefahr des Morphiumgenusses ist um so höher zu veranschlagen, als der Organismus eine sich allmählich steigernde Fähigkeit hat, Morphium zu verbrennen (FAUST); es bedarf immer höherer Dosen, um das erstrebte Lustgefühl zu erzeugen. In demselben Sinne wirkt das Auftreten von Abstinenzerscheinungen (Unruhe, Unbehagen, Arbeitsunfähigkeit, Gähnen, Niesen, Durchfall usw.), zu deren Beseitigung es weiterer Zufuhr von Morphium bedarf. So entwickelt sich ein höchst bedenklicher Circulus vitiosus. Die Tagesdosis beträgt oft 1—2 g, ja bis zu 14, selbst 20 g, wenn man den Angaben der Morphinisten trauen darf.

Symptome.

Die dauernde Zufuhr von Morphium erzeugt eine Reihe von ganz bestimmten charakteristischen körperlichen und psychischen Störungen. Der Ernährungszustand der Kranken leidet. Sie sehen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fahl und gelb aus, älter, als ihrem Lebensalter entspricht; die Haare werden grau und fallen aus; die Pupillen sind verengt, reagieren meist schlecht; die oft kariösen Zähne fallen aus, trophische Störungen treten an den Nägeln auf. Des weiteren finden sich Zittern der Zunge, der Hände, oft des ganzen Körpers wie beim Alkoholisten; Parästhesien, Wadenkrämpfe, Ataxie, Trockenheit der Haut, Durstgefühl, Obstipation mit Neigung zu Durchfällen, Heißhunger mit Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit trotz großer Müdigkeit mit Einschlafen während einer Gesellschaft oder der beruflichen Tätigkeit, Neigung zu frösteln und zu asthmatischen Beschwerden, Herzklopfen, Schwäche und Unregelmäßigkeit des Pulses, sowie schließlich Impotenz oder Amenorrhöe.

In psychischer Hinsicht wird der Kranke leicht ermüdbar und unfähig zu anhaltender, konzentrierter Arbeit. Gedächtnis und Merkfähigkeit nehmen ab. Stimmungsschwankungen treten auf; Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Schreckhaftigkeit und Mißtrauen überwiegen. Vor allem leidet der Kranke in ethischer Beziehung; obwohl der Morphinist nicht oder kaum je dement wird wie der Alkoholist, zeigt er eine erschreckende sittliche Entartung. Er wird ein brutaler Egoist, der nur an die Befriedigung seines Morphiumhungers denkt und dem zu dessen Stillung jedes Mittel recht ist; er schreckt nicht zurück vor Lüge, Betrug, Gewalttätigkeit, Urkundenfälschung (Rezept) wie der Dipsomane (S. 286). Während der Morphinist sonst willensschwach, stumpf, gleichgültig ist und sich völlig verkommen läßt, entwickelt er in der Erlangung des von ihm ersehnten Morphiums die größte Energie. Diese erscheint begreiflich angesichts seiner Angst vor Abstinenzerscheinungen, die, so unangenehm sie auch empfunden werden, so bedrohlich sie auch erscheinen mögen, wie mit einem Schlage nach Morphium verschwinden. Weil der Morphinist sich gezwungen sieht, an jedem Ort und zu jeder Zeit sich Morphium einzuspritzen, kann er nicht immer mit der gebotenen Sauberkeit vorgehen; daher die häufigen Abszedierungen, deren Schmerzen erneute Morphiumzufuhr erheischen können.

Die körperlichen Abstinenzerscheinungen sind Mydriasis mit Akkommodationsschwäche, Gähnen, Niesen, Aufstoßen, Krampfhusten, Erbrechen, Durchfälle, Schweißausbrüche, Frösteln, Parästhesien, Wadenkrämpfe, Neuralgien, Pollutionen. Hierzu kommen die psychischen in Form von innerer Angst, Unruhe, Zerstreutheit, völliger Unfähigkeit zu geistiger Arbeit. Nicht selten treten psychogene Erregungs- und Krampfzustände auf. Auch hat man Delirien, die an Delirium tremens erinnern, beobachtet; doch treten diese oder halluzinatorische und psychotische Zustände schlechtweg meist nur bei gleichzeitigem Alkohol- oder Cocainmißbrauch auf und sind zudem vielfach als Zeichen von Erschöpfung aufzufassen. Eine Morphiumdipsomanie ist auch beschrieben worden.

Prognose.

Nur in vereinzelten Fällen tritt Exitus ein, weil der Kranke eine zu hohe Dosis nimmt, noch seltener infolge von Siechtum oder durch Suizid aus Verzweiflung. Die Widerstandsfähigkeit der Morphinisten gegen akute Krankheiten nimmt ab. Die Aussicht auf endgültige Wiederherstellung, auch nach erfolgreicher Anstaltsbehandlung, ist bei der starken endogen bedingten Neigung zu Rückfällen gering.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnose.

Die meisten Kranken kommen bereits mit der Diagnose zum Arzt. Die körperliche Untersuchung (zahlreiche, glänzende, pigmentierte Narben und atonische Geschwüre an dem Kranken leicht zugänglichen Stellen, die vom Arzt für gewöhnlich nicht zu Injektionen benutzt werden — Oberschenkel, Hodensack von der Hosentasche aus —; Nadelreste, durch Röntgenstrahlen oft in großer Zahl in der Haut nachweisbar) gibt ein charakteristisches Bild. Nicht minder die Tatsache, daß der Mensch, der eben noch matt, teilnahmlos, mißmutig war und verhältnismäßig alt aussah, nach einer Abwesenheit von wenigen Augenblicken, während deren er sich eine Morphiuminjektion gemacht hat, ein ganz anderes Bild bietet und wieder angeregt, heiter, leistungsfähig, geradezu verjüngt erscheint. Der Wechsel der Pupillenweite ist dabei ebenfalls zu beachten. Beim Morphinisten machen sich innerhalb von 2—3 Tagen, während deren er sicher von Morphium frei bleibt, Abstinenzerscheinungen bemerkbar.

Therapie.

Ohne Ärzte gäbe es keinen Morphinismus! Es ist daher auf das schärfste zu verurteilen, wenn der Arzt, ohne eine ganz bestimmte Indikation Morphium einspritzt. Also nicht bei einfacher Schlaflosigkeit, bei leichter Depression! Bei chronischen Zuständen ist Morphium nur dann zu rechtfertigen, wenn das Leiden unheilbar ist und zudem in absehbarer Zeit tödlich endet. Nie darf der Arzt die Spritze aus der Hand geben, nie dem Kranken Morphiumlösung zum eigenen Gebrauch verordnen! Ich behandle jetzt einen Morphinisten, der auf ärztliche Rezepte Morphiumlösungen von 6,0—8,0:200, bis zu 30 g Morphium in einem Monat erhielt; demselben wurde von seinen Ärzten innerhalb eines Monats 650 g Tinctura opii simplex in Einzeldosen von 50—100 g verschrieben — nach den mir vorliegenden Originalrezepten! Mit LEWIN ist zu verlangen, daß morphinistischen Ärzten die Approbation entzogen werden muß, bis ihre endgültige Heilung sicher nachgewiesen ist; das Entsprechende sollte auch für Apotheker gelten. Hier bedarf es dringend einer Gesetzgebung. In einzelnen Fällen wird übrigens die erste Spritze nicht auf ärztlichen Rat, sondern aus Spielerei oder Neugierde gegeben, oft genug von einem Morphinisten oder, wie ich einmal von einem Kandidaten der Medizin hörte, um die pharmakologische Wirkung des Morphiums an sich selber zu erproben.

Die Entziehung kann nur in einer geschlossenen Anstalt mit Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden; der „Selbstentziehung", der Entziehung im Hause des Kranken oder im offenen Sanatorium kann man nur großes Mißtrauen entgegenbringen. Der Morphinist verdient nicht das geringste Vertrauen; keiner lügt so überzeugend wie er. Daher bedarf er bei der Aufnahme in die Anstalt der strengsten Kontrolle. Nach dem Bade (Revision der Körperhöhlen und Haare auf Morphium) kommt der Kranke ins Bett in einem Zimmer oder einem Wachsaal, den er vorher nicht betreten hat. Das Personal muß völlig zuverlässig sein. Bei Zulassung der Besuche größte Vorsicht; Kontrolle aller Kleider, Toilettengegenstände, Buchdeckel usw. auf eingeschmuggeltes Morphium! Das Morphium kann plötzlich (LEVINSTEIN), schnell, in 4—10 Tagen (ERLENMEYER) oder allmählich, in 3—4 Wochen (BURKART) entzogen werden. Es ist zu berücksichtigen, daß der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Morphinist meist eine viel zu hohe Tagesdosis angibt, im schroffen Gegensatz zum Alkoholisten. Unter dem Einfluß der Bonhoefferschen Schule wird die sofortige Entziehung, vor allem bei Tagesdosen bis zu 1 g, wieder mehr angewandt; in der Tat sind die früher immer gefürchteten Kollapszustände sehr selten. Des weiteren sind warme Dauerbäder oder Einpackungen zu empfehlen, bei Schlaflosigkeit Veronal, Trional, Paraldehyd oder Brompräparate tagsüber verteilt; reichliche Ernährung, vor allem Milch, Eier, Gemüse, Nährpräparate; keine Schokolade; reichliche Flüssigkeitszufuhr, insbesondere von alkalischen Wässern (Fachinger, Namedy, 1—2 Liter täglich), Magenausspülungen; bei Durchfällen diätetische Behandlung, Tannin, Bolus alba, Thiocol, Einläufe; bei Herzschwäche Kampfer, Coffein. Die Mittel, die als Ersatzmittel des Morphiums bei seiner Entziehung gepriesen wurden oder werden, wie Heroin, Dionin (bald auch wohl Pantopon) haben sich nicht bewährt, von Cocain gar nicht zu reden; der Morphinist wird höchstens auch noch Cocainist. Ebenso bestimmt ist vor den viel gepriesenen Patentmedizinen zu warnen, die oft geradezu Morphium enthalten. Desgleichen ist Alkoholanwendung dringend zu widerraten. Hypnose wird von manchen gerühmt.

Mit der Entziehung des Morphiums und dem Verschwinden der Abstinenzerscheinungen ist der Kranke durchaus nicht geheilt, bedarf vielmehr noch geraume Zeit der Überwachung in der geschlossenen Anstalt und der psychischen Behandlung (Hebung des Selbstvertrauens, Stärkung der Willenskraft) sowie der etwaigen Beseitigung des schmerzhaften Leidens. Nach der Entlassung sollte der Kranke noch 1—2 Jahre lang alle 1—2 Monate sich in einer geschlossenen Anstalt unter den oben angegebenen Maßnahmen für wenige Tage aufnehmen lassen; jeder Morphinist verspricht es bei der Entlassung, nur wenige kommen. Die Zahl der endgültig Geheilten ist sehr gering, nach Kraepelin 6—8%.

III. Cocainismus.

Der Cocainismus, eine verhältnismäßig neue Krankheit, verdankt seine Entstehung dem Umstande, daß man bei der Behandlung des Morphinismus zur Milderung der Abstinenzerscheinungen Cocain anwandte oder anwendet, ohne seine noch größere Schädlichkeit zu kennen oder zu bedenken. Der Cocainismus ist daher fast immer mit Morphinismus verknüpft, oft mit Alkoholismus (Eau de Cologne bei Frauen) oder Mißbrauch anderer narkotischer Stoffe (Chloral, Hyoscin). Reiner Cocainismus ist selten.

Symptomatologie.

Die einmalige Cocaingabe kann eine psychische Störung auslösen, den Cocainrausch (lustige, heitere Stimmung, Redseligkeit, gehobenes Selbstgefühl, Tätigkeitsdrang, Unempfindlichkeit gegen Hunger und Durst, aber bald Müdigkeit und völlige Erschlaffung).

Der chronische Cocaingebrauch schafft einen Zustand, der in vieler Beziehung dem Morphinismus ähnelt, aber sehr viel schneller, in einigen Wochen bis Monaten, eintritt. Auf der einen Seite Kachexie, greisenhaftes Aussehen, müder Gesichtsausdruck, trophische Störungen an den Nägeln, die sich braun färben,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zittern, Sensibilitätsstörungen, vor allem das Gefühl von Fremdkörpern in der Haut (Magnansches Zeichen), Herzbeschwerden, Atemnot, Schlaflosigkeit, Trockenheit der Haut mit zahlreichen braun pigmentierten Narben; Mydriasis; auf der anderen Seite Abnahme der Merkfähigkeit, Weitschweifigkeit, Redseligkeit mit umständlicher Ausdrucksweise, Vernachlässigung des Berufes, Reizbarkeit, Mißtrauen, Schreckhaftigkeit, vor allem ethischer Verfall, Mangel an jeder Energie, Gleichgültigkeit gegen Familie und Beruf, Außerachtlassung jeder Sorge für Ordnung und Sauberkeit.

Der Cocainismus unterscheidet sich insofern vom Morphinismus, als er zu ausgesprochenen psychischen Störungen führen kann, entweder in der Form akuter Delirien oder subakuter Halluzinosen. Die deliranten Zustände setzen akut ein und hören plötzlich auf; der Kranke ist unorientiert, ängstlich, gereizt, neigt zu Gewalttätigkeiten gegen sich oder andere; er hat zahlreiche, sinnlich lebhafte Sinnestäuschungen bedrohenden oder ängstigenden Inhalts; kleine Tiere, mikroskopisch kleine Gebilde überwiegen. Der subakute Cocainwahnsinn ähnelt sehr der Halluzinose der Trinker (vgl. S. 275). Massenhafte Halluzinationen stürmen auf den Kranken ein, akustische (drohende, beschimpfende Stimmen, Unterhaltungen über den Kranken und sein Innenleben), optische wie beim Alkoholdeliranten (auch hier viele kleine Tiere, Flöhe, Milben, Läuse; „Cocainkäfer", Kristalle; auch mikroskopische Gebilde, Bazillen; Entdeckung von Mikroben im Blut durch cocainistische Ärzte) und taktile (abnorme Sensationen in der Haut, wie jucken, brennen, stechen, das auf die Tiere, Kristalle, Bazillen zurückgeführt wird). Der Kranke fühlt sich dank der Neigung zu rascher Systematisierung beobachtet, verfolgt; er zerkratzt oder zerschneidet die Haut, reist unstet umher, erstattet gegen seine vermeintlichen Verfolger Anzeige, greift seine Umgebung an, begeht Suizid. Eifersuchtsideen, die oft ganz sinnlos hinsichtlich ihres Inhalts und ihrer Begründung sind, beherrschen vielfach das Krankheitsbild (Eifersuchtswahn der Cocainisten). Dabei ist der Kranke besonnen, orientiert, steht Rede und Antwort; um so mehr fällt seine völlige Einsichtslosigkeit auf.

Therapie.

Würde Cocain nur örtlich verwandt werden, gäbe es kaum Cocainismus. Den Ärzten muß auch hier die Hauptschuld beigemessen werden. Seine Anwendung bei Morphiumentziehung sollte geradezu bestraft werden! Da die Abstinenzerscheinungen bei Cocain immer nur gering sind, ist die schnelle Entziehung, natürlich in der geschlossenen Anstalt, angebracht. Die Gefahr des Rückfalls trübt auch hier die Prognose hinsichtlich der endgültigen Heilung.

Auch der Cocainwahnsinn verschwindet oft schnell mit Entziehung des Cocains, kann aber die Abstinenz noch Wochen und Monate lang überdauern. Die Gefahr des Rückfalls ist sehr groß.

IV. Bleivergiftung.

Der Bleivergiftung sind vor allem die Arbeiter ausgesetzt, die beruflich mit Blei zu tun haben, wie z. B. die Arbeiter in Bleiweißfabriken oder bei Akkumulatoren, Maler, Anstreicher, Installateure, Schriftsetzer und -gießer. Massenvergiftungen sind auf die Beimengung von Blei zu Nahrungsmitteln zurückzuführen (Wasser in Blei-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

röhren, Geschirr mit Bleiglasur). Das Blei wirkt sehr viel schneller, stärker und nachhaltiger als viele andere Gifte, oft noch monatelang nach Aufhören der Bleizufuhr.

Körperliche Symptome: Gesichtsblässe, Bleisaum an den Zähnen, granulierte Erythrocyten (E. Grawitz), Arteriosklerose, interstitielle Nephritis, Bleikolik, Gelenkstörungen, Kachexie; in neurologischer Beziehung Kopfschmerzen, Neigung zu Schwindel und Erbrechen, feinschlägiger Tremor, Neuritiden, vor allem beiderseitige Radialisneuritis mit vorwiegend motorischen Störungen, auch neuritis optica.

Psychische Störungen. Schon 1839 von Tanquerel des Planches recht gut und erschöpfend als Encephalopathia saturnina geschildert, sehr mannigfacher Art: Epileptische Anfälle, Dämmerzustände mit sinnloser Angst, mit Verfolgungsideen, Sinnestäuschungen und schreckhaften Sensationen, sowie delirante Zustände, die einander ablösen können, führen zuweilen zu Defektzuständen. Die leichtesten psychischen Störungen gleichen dem Krankheitsbild der Neurasthenie (Schläfrigkeit, Mattigkeit, Arbeitsunlust); die schwersten können der Paralyse ähneln.

Diagnose. Eine für Bleivergiftung charakteristische Psychose gibt es nicht. Wichtig ist der Nachweis der Vergiftungsmöglichkeit und der körperlichen Symptome einer Bleivergiftung (mikroskopische Untersuchung des Blutes!). Zu beachten ist die häufige Kombination mit Arteriosklerose und Alkoholmißbrauch und die auch dadurch geschaffene Möglichkeit psychischer Erkrankung.

Therapie. Am wichtigsten ist die Verhütung. Bei ausgesprochener Vergiftung Joddarreichung, Berufswechsel.

V. Kohlenoxyd.

Die CO-Vergiftung kommt vor allem zu Stande durch Einatmung von Rauch bei Bränden oder von Kohlendunst bei mangelhaft funktionierenden Öfen. Nach Schwinden der anfänglichen Bewußtlosigkeit können Herderkrankungen auftreten (Aphasie, Hemianopsie, Krämpfe, Lähmungen) — zuweilen finden sich Krankheitsbilder, die der multiplen Sklerose ähneln; fernerhin psychische Störungen, oft ähnlich dem Rausche, vor allem solche des Gedächtnisses (retrograde oder anterograde Amnesie) bis zum Korsakowschen Symptomenkomplex. Oft stellen sich nach einem mehr oder minder freien Intervall von einigen Tagen bis zu 3 Wochen nach den ersten Vergiftungserscheinungen psychische Störungen von mannigfacher Form und verschiedener Schwere ein; die Krankheit kann unter raschem körperlichem Verfall in wenigen Wochen oder Monaten zum Tode führen. Vor allem sind ältere Personen mit einem nicht mehr normalen Gefäßapparat gefährdet.

Literatur.

Bumke, Die exogenen Vergiftungen des Zentralnervensystems. Handb. d. Neurol., 3. Bd., S. 999.

Heiberg, Die Systematik der Intoxikationspsychosen. Ztrbl. f. Nervenheilk. 25, 1902, S. 226.

Knörr, Zur Lehre der toxischen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. 48, 1892, S. 599.

Meyer, E., Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.

Obersteiner, Die Intoxikationspsychosen. Wien. Klinik 1886, H. 2, S. 33.

Raimann, Bewußtsein und Intoxikation. Wien. klin. Wochenschr. 23, 1910, S. 800.

Schroeder, P. Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. 63, 1906, S. 714.

Derselbe, Intoxikationspsychosen. Handb. d. Psych. 1912.

I. Alkoholvergiftung.

A. Akute Alkoholvergiftung.

Chotzen, Transitorische Alkoholpsychosen. Mschr. f. Psych. 21, 1907, S. 285.

Cramer, Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Mtschr. f. Psych. 13, 1903, S. 36.

Gudden, Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen. Neurol. Ztrbl. 19, 1900, S. 1096.

Heilbronner, Über pathologische Rauschzustände. Münch. med. Wochenschr. 48, 1901, S. 962.

Kutner, Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. Deutsche med. Wochenschr. 30, 1904, S. 1057.

Derselbe, Der pathologische Rausch. Med. Klinik 4, 1908, S. 1369.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MOELI, Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins. Allg. Ztschr. f. Psych. 57, 1900, S. 171.
MÖNKEMÖLLER, Der pathologische Rauschzustand. Arch. f. Krim. Anthr. 59, 1914, S. 112, 113.
RICHTER, Pathologische Rauschzustände. Diss. Berlin 1909.
STIER, Die akute Trunkenheit usw. Jena 1907.
TOMASCHNY, Über Alkoholversuche bei Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände. Allg. Ztschr. f. Psych. 63, 1906, S. 691.
VOGT, Über die Wirkung des Alkohols auf die Veränderung der Pupillenreaktion. Berl. klin. Wochenschr. 42, 1905, S. 322.

B. Chronische Alkoholvergiftung.

1. Delirium tremens.

ALZHEIMER, Das Delirium alcohol. febrile MAGNANS. Ztrbl. f. Nervenheilk. 27, 1904, S. 437.
ASCHAFFENBURG, Künstliche Gehörstäuschungen bei Delirium tremens. Deutsche med. Wochenschr. 34, 1908, S. 1663.
BONHOEFFER, Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Hab.-Schrift 1897.
Derselbe, Zur Pathogenese des Delirium tremens. Berl. klin. Wochenschr. 38, 1901, S. 832.
Derselbe, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.
DÖLLKEN, Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig 1901.
ELZHOLZ, Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens. Jahrb. f. Psych. 15, 1897, S. 180.
FÜRER, Zur Frage der sog. Abstinenzdelirien der chronischen Alkoholisten. Münch. med. Wochenschr. 59, 1912, S. 2802.
GANSER, Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med. Wochenschr. 54, 1907, S. 120.
JACOBSON, Über die Pathogenese des Delirium tremens. Allg. Ztschr. f. Psych. 54, 1898, S. 221.
KRAEPELIN, Delirium tremens-artige Zustände bei Paralyse. Arch. f. Psych. 28, 1896, S. 992.
LIEPMANN, Über die Delirien der Alkoholisten. Arch. f. Psych. 27, 1895, S. 172.
Derselbe, Über Albuminurie . . . beim Delirium tremens. Arch. f. Psych. 28, 1896, S. 570.
REICHARDT, Zur Symptomatologie des Delirium tremens. Neurol. Ztrbl. 24, 1905, S. 551.
ROSE, Delirium tremens und Delirium traumaticum. Deutsche Chirurgie 1885, Lief. 7.
SANDER, Zwei Fälle von Delir. pot. Arch. f. Psych. 1, 1868, S. 487.
STERTZ, Über Residualwahn bei Alkoholdeliranten. Allg. Ztschr. f. Psych. 67, 1910, S. 540.
WASSERMEYER, Delirium tremens. Arch. f. Psych. 44, 1908, S. 861.
WIGERT, Die Frequenz des Delirium tremens in Stockholm. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 1, 1910, S. 556.

2. Halluzinose der Trinker.

CHOTZEN, Über atypische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych. 41, 1906, S. 383.
Derselbe, Komplizierte akute und chronische Alkoholhalluzinosen. Allg. Ztschr. f. Psych. 66, 1909, S. 42.
Derselbe, Zur Frage der chronischen Alkoholhalluzinosis. Ztrbl. f. Nervenheilk. 30, 1907, S. 1.
ILBERG, Der akute halluzinatorische Alkoholwahnsinn. Festschr. zum 50jähr. Bestehen. . . . Dresden 1899.
KLIENEBERGER, Über protrahierte Alkoholhalluzinosen. Allg. Ztschr. f. Psych. 66, 1909, S. 200.
LUTHER, A., Über das Vorkommen chronischer Alkoholhalluzinosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 9, 1912, S. 582.
MAGNAN, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch. VI. Heft, S. 27, 1893.
MAYSER, Zum sog. halluzinatorischen Wahnsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. 42, 1886, S. 114.

3. Chronischer Alkoholismus.

BAER und LAQUER, B., Die Trunksucht und ihre Abwehr (2) 1907.
BRATZ, Alkohol und Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 56, 1899, S. 334.
BRIE, Über Eifersuchtswahn. Psych. Neurol. Wochenschr. 3, 1901, S. 141.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chotzen, Komplizierte akute und chronische Alkoholpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. 66, 1909, S. 42.
Derselbe, Über atypische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych. 41, 1906, S. 383.
Delbrück, Hygiene des Alkoholismus. Weyl's Handbuch der Hygiene, Jena.
Graeter, Dementia praecox mit Alcoh. chron. Leipzig 1909.
Heilbronner, Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle 1905.
Heilig, Über Alkoholpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 10, 1912, S. 109.
Hoppe, Die Tatsachen über den Alkohol (4), 1912.
Huss, Mag., Chronische Alkoholkrankheit. 1852.
Krafft-Ebing, v., Über Eifersuchtswahn beim Manne. Jahrb. f. Psych. 10, 1892, S. 212.
Luther, A., Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Allg. Ztschr. f. Psych. 59, 1902, S. 20.
Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahns. Arch. f. Psych. 46, 1910, S. 847.
Derselbe, Akute und chronische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych. 38, 1904, S. 331.
Derselbe, Epileptoide Zustände bei Alkoholintoxikation. Med. Klinik 9, 1913, S. 83.
Moeli, Statistisches und Klinisches über Alkoholismus. Charité-Ann. 9, 1884, S. 524.
Müller, Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie. Mschr. f. Psych. 28, Erg.-H. 1, 1910, S. 1.
Derselbe, Sammelbericht . . . über die Jahre 1906—1910. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Ref. 4, 1912, S. 1.
Nasse, Über den Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker. Allg. Ztschr. f. Psych. 34, 1878, S. 167.
Neumann, Über die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Diss. Straßburg 1897.
Raecke, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Arch. f. Psych. 39, 1905, S. 462.
Rybakow, Alkoholismus und Erblichkeit. Mschr. f. Psych. 20, 1906, Suppl.-Heft, S. 221.
Schaefer, Die Alkoholgeistesstörungen. Halle 1914.
Schroeder, P., Über chronische Alkoholpsychosen. Halle 1905.
Siemerling, Statistische und klinische Mitteilungen über Alkoholismus. Charité-Ann. 16, 1891, S. 373.
Stöcker, Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Jena 1910.
Többen, Ein Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahns. Mschr. f. Psych. 19, 1906, S. 321.
Villers, Le délire de jalousie. Bruxelles 1899.
Voss, Zur Ätiologie der Dämmerzustände. Ztrbl. f. Nervenheilk. 31, 1908, S. 678.
Wachsmuth, Paralyseähnliche Intoxikationspsychosen. Diss. Marburg 1897.
Wagner, Die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen und psychischen Erkrankungen. Wien. klin. Wochenschr. 14, 1901, S. 359.
Wartmann, Alkoholismus und Epilepsie in ihren wechselseitigen Beziehungen. Arch. f. Psych. 29, 1897, S. 933.
Weber, L, W., Die Behandlung der Trunksucht. Deutsche med. Wochenschr. 35, 1909, S. 281.
Werner, Zur klinischen Kenntnis des Eifersuchtswahns. Jahrb. f. Psych. 11, 1892, S. 253.
Wulf, Der Intelligenzdefekt bei chronischen Alkoholisten. Diss. Berlin 1905.

4. Korsakowsche Psychose.

Boedeker, Über einen akuten und einen chronischen Fall von K.'scher Psychose. Arch. f. Psych. 40, 1905, S. 304.
Bonhoeffer, Der K.'sche Symptomenkomplex usw. Allg. Ztschr. f. Psych. 61, 1904, S. 744.
Chotzen, Zur Kenntnis der polyneur. Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. 59, 1903, S. 658.
Jolly, Über die psychischen Störungen bei Polyneuritis. Charité-Ann. 22, 1897, S. 579.
Kalberlah, Über die akute Kommotionspsychose. Arch. f. Psych. 38, 1904, S. 402.
Kauffmann, Zur Frage der Heilbarkeit der K.'schen Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 20, 1913, S. 488.
Korsakow und Serbski, Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie. Arch. f. Psych. 23, 1892, S. 112.
Korsakow, Über eine besondere Form psychischer Störung kombiniert mit multipler Neuritis. Arch. f. Psych. 21, 1890, S. 669.
(Vgl. Allg. Ztschr. f. Psych. 46, 1890, S. 475.)
Derselbe, Erinnerungstäuschungen bei polyneuritischer Psychose. Ebenda 47, 1891, S. 390.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

KNAPP, Die polyneuritische Psychose. Wiesbaden 1906.
LAPINSKY, Zur Kenntnis der polyneuritischen Psychose. Arch. f. Psych. 43, 1908, S. 1137.
LIEPMANN, Zur Kenntnis des amnestischen Symptomenkomplexes. Neurol. Ztrbl. 29, 1910, S. 1147.
MEYER und RAECKE, Zur Lehre des K.'schen Symptomenkomplexes. Arch. f. Psych. 37, 1903, S. 1.
MÖNKEMÖLLER, Kasuistischer Beitrag zur sog. polyneuritischen Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. 54, 1898, S. 806.
SCHULTZE, E., Beitrag zur Lehre von der sog. polyneuritischen Psychose. Berl. klin. Wochenschr. 35, 1898, S. 526.
TILING, Über alkoholische Paralyse . . . Halle 1897. (Vgl. Allg. Ztschr. f. Psych. 46, 1890, S. 233; 48, 1892, S. 549.)
WEHRUNG, Beitrag zur Lehre von der K.'schen Psychose. Arch. f. Psych. 39, 1905. S. 627.

Dipsomanie.

GAUPP, Die Dipsomanie. Jena 1901.
MAGNAN, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von MÖBIUS. Heft 2/3, S. 73, Leipzig 1892.
MARGULIÉS, Über Pseudodipsomanie. Prag. med. Wochenschr. 24, 1899, S. 307.
PILCZ, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.
PAPPENHEIM, M., Über Dipsomanie. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 11, 1912, S. 333.
ROEMER, Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dipsomanie. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten 4, 1909, S. 277.
SCHROEDER, Über Dipsomanie. Berl. klin. Wochenschr. 48, 1911, S. 1251.

II. Morphinismus.

ABRAHAM, Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens der Morphinisten. Ztrbl. f. Nervenheilk. 18, 1902, S. 369.
BURKART, Die chronische Morphiumvergiftung. Samml. klin. Vorträge 1880, Nr. 237.
BONHOEFFER, Alkohol- und Alkaloidpsychosen. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1911,
CHOTZEN, Zur Kenntnis der Psychosen der Morphiumabstinenz. Allg. Ztschr. f. Psych. 63, 1906, S. 876.
DEUTSCH, Der Morphinismus. Stuttgart 1901.
ERLENMEYER, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung (3) 1887.
Derselbe, Behandlung des chronischen Morph. und Cocain. Handb. d. ges. Ther. (5) 1913, Bd. 1, S. 615.
FAUST, Über die Ursache der Gewöhnung an Morphin. Arch. f. exper. Path. 44, 1900, S. 217.
JASTROWITZ, Morphinismus. Deutsche Klinik Bd. VI, 2, 1906, S. 412.
KÖNIG, Die Prognose des Morphinismus. Berl. klin. Wochenschr. 51, 1914, S. 1061.
LEVINSTEIN, Über Morphiumsucht. Berl. klin. Wochenschr. 13, 1876, S. 183.
OBERSTEINER, Der chronische Morphinismus. Wien. Klinik 9, 1883, S. 61.
SCHNEIDER, KURT, Zur Frage der chronischen Morphinpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 19, 1913, S. 25.
SCHROEDER, P., Die Behandlung der Morphinisten. Berl. klin. Wochenschr. 48, 1911, S. 281.
SMIDT, H., Zur Kenntnis der Morphinismuspsychosen. Arch. f. Psych. 17, 1886, S. 257.
WEBER, L. W., Die Behandlung des Morphinismus. Deutsche med. Wochenschr. 36, 1910, S. 1985.

III. Kokainismus.

ERLENMEYER, Die Morphiumsucht (3) 1887. (Vgl. Deutsche med. Ztg. 1886.)
HEILBRONNER, Cocainpsychose? Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 15, 1913, S. 415.
HIGIER, Beitrag zur Klinik der psychischen Störungen bei chronischem Kokainismus. Münch. med. Wochenschr. 58, 1911, S. 503.
LEWIN, Ein forensischer Fall von chronischem Kokainismus. Neurol. Ztrbl. 10, 1891, S. 28.
OBERSTEINER, Kokain und Morphinismus. Wien. klin. Wochenschr. 1, 1888, S 399.
THOMSEN, Zur Kasuistik der kombinierten Morphium-Kokain-Psychosen. Charité-Ann. 12, 1887, S. 405.
WILDENRATH, Die Cocainvergiftung . . . FRIEDREICH's Bl. 62, 1911, S. 215.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Epilepsie.

Im Anschluß an die Begriffsbestimmung Binswangers versteht man unter Epilepsie eine ausgesprochen chronische Erkrankung des Zentralnervensystems, die durch öfter wiederkehrende Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit oder durch Teilerscheinungen dieser Anfälle oder durch psychopathologische Begleit- und Folgezustände dieser Anfälle gekennzeichnet ist; hervorzuheben ist nur, daß die verschiedenen Störungen unabhängig von äußeren Gründen auftreten.

Vorbemerkung.

Von jeher unterscheidet man die genuine (idiopathische, echte) Epilepsie und die symptomatische Epilepsie; hier ist die Epilepsie nur ein Symptom, der Ausdruck eines Allgemeinleidens (Intoxikation, Infektionskrankheit usw.) oder eines gröberen Gehirnleidens (Tumor, Abszeß, progressive Paralyse, tuberöse Sklerose usw.), während die genuine Epilepsie dadurch charakterisiert ist, daß man eine bestimmte greifbare Ursache nicht nachweisen kann. Der Mangel einer befriedigenden und scharfen Unterscheidung zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie ist nicht nur aus didaktischen Gründen, sondern auch im Hinblick auf die Prognose und vor allem die Therapie bedauerlich; er macht sich in praxi noch dadurch fühlbarer, daß die körperlichen und psychischen Krankheitserscheinungen beider Formen von Epilepsie sich außerordentlich ähneln, ja gleichen können, und daß die genuine Epilepsie hinsichtlich Prognose und anatomischer Begründung keine klinische Einheit, vielmehr nur einen und zudem recht verwickelten Symptomenkomplex darstellt. Die zutreffende Beurteilung des Einzelfalles kann schwierig, ja unmöglich sein. Trotzdem wird man aus prinzipiellen Gründen die Trennung beibehalten müssen. Sehr verständlich erscheint die freilich nicht allgemein gebilligte Auffassung, daß mit zunehmender Kenntnis das Gebiet der genuinen Epilepsie immer mehr zugunsten der symptomatischen Epilepsie eingeengt werden wird. Auf diese Streitfragen kann im Rahmen eines Lehrbuches nicht näher eingegangen werden, zumal hier naturgemäß der Hauptwert auf die Darstellung der psychischen Begleiterscheinungen und Folgezustände gelegt werden muß.

Ätiologie.

Man kann unter den Ursachen drei Arten unterscheiden, je nachdem sie das Leiden vorbereiten, den Ausbruch der Krankheit veranlassen oder jeden einzelnen Anfall auslösen. Freilich gelingt diese Scheidung nicht restlos, nicht nur deshalb, weil unsere Kenntnisse über die eigentliche Ursache der genuinen Epilepsie sehr mangelhaft sind, sondern auch, weil dieselbe Schädlichkeit bald diese, bald jene Rolle spielen kann.

Von größter Bedeutung ist die erbliche Belastung. In der Familie der Epileptiker finden sich häufig Geistes- oder Nervenkrankheiten; Belastung mit Epilepsie ist selten. Neuropathische Veranlagung ist häufig; oft muß aber noch eine weitere Schädlichkeit hinzukommen. Auffallend groß ist die Zahl der Linkshänder unter den Epileptikern und ihren Angehörigen, auch wenn sie selber Rechtshänder sind. In-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

toxikationen, vor allem Alkoholismus, seltener Morphinismus oder Bleivergiftung, und luische Infektion eines der beiden Erzeuger können ebenfalls schädigend auf das Keimplasma wirken. Kinder der Alkoholisten leiden oftmals an Epilepsie. Ob Zeugung im Rausche tatsächlich Epilepsie verursacht, erscheint mehr als fraglich; ein einwandfreier Beweis ist kaum zu führen; Neuropathen neigen zu Alkoholexzessen, sind oft intolerant und sexuell dann leichter erregbar.

Auf das Individuum selber können mechanische, toxische oder infektiöse Schädlichkeiten einwirken und so eine Epilepsie verursachen. Die Bewertung der Bedeutung von Verletzungen für die Epilepsie (Unfälle!) erheischt große Vorsicht; denn viele Epileptiker verletzen sich leicht in ihren Anfällen; oft ist auch Alkoholismus im Spiele. Besonders kommen Kopfverletzungen in Betracht, zumal solche mit nachfolgender Gehirnerschütterung; schon bei der Geburt (enges Becken, Zange) können sie stattgefunden haben. Traumen mit umschriebener Knochen- oder Gehirnverletzung, also mit anatomischen Folgeerscheinungen, können symptomatische Epilepsie zeitigen.

Unter den Giften, die für die Epilepsie von Belang sind, ist an erster Stelle der Alkohol zu erwähnen. Die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie sind recht mannigfach und im Einzelfall nicht immer leicht zu entwirren. Einmal kann bei dem Epileptiker der einzelne Anfall durch einen Alkoholexzeß ausgelöst werden. Zahlreiche Erfahrungen lehren, daß durch Alkoholmißbrauch die Anfälle auf Grund der Intoleranz der Epileptiker nicht nur schwerer, sondern auch häufiger werden und die Neigung zu antisozialen Handlungen zunimmt (s. S. 269). Alkoholismus und Epilepsie kombinieren sich um so leichter, als sie beide auf dieselben Ursachen zurückgeführt werden können. Auf der anderen Seite kann der zu Epilepsie in irgend einer Weise Veranlagte erst durch Alkoholmißbrauch epileptisch werden (konstitutionelle oder habituelle Epilepsie der Trinker); diese Form, die nach Abstinenz nicht verschwindet, tritt meist erst im höheren Lebensalter (45.—55. Lebensjahr) in die Erscheinung und führt seltener zu epileptischer Demenz. Schließlich kann bei Alkoholisten eine Alkoholepilepsie (BRATZ) entstehen, die dadurch gekennzeichnet ist, daß mit Aufhören der Alkoholzufuhr (Anstaltsunterbringung) sehr bald die vorher oft recht schweren, meist vereinzelten Anfälle dauernd wegbleiben, wenn nur die Abstinenz beibehalten wird. Bleivergiftung kann ebenfalls zu epileptischen Störungen führen.

In vielen Fällen kann für die Epilepsie eine in der Kindheit aufgetretene, den Organismus oder das Zentralnervensystem allgemein schädigende Infektionskrankheit (Scharlach, Masern, Keuchhusten) verantwortlich gemacht werden. Unter den Infektionskrankheiten des späteren Lebensalters verdienen noch Blattern, Typhus, Influenza, auch die Lues erwähnt zu werden. Doch muß gerade hier betont werden, daß durch syphilogene Erkrankungen des Zentralnervensystems eine symptomatische Epilepsie verursacht sein kann. Epilepsie kann ausnahmsweise schon im sekundären Stadium der Lues auftreten.

Auch psychische Schädigungen werden in der Ätiologie der Epilepsie erwähnt. Sei es in der Form der Überanstrengung, sei es als Schreck, Ärger, Zorn, Kummer, Sorgen. Sie allein vermögen Epilepsie nicht zu erzeugen, höchstens gelegentlich das Zustandekommen des einzelnen Anfalles zu erleichtern. Vorsicht in der Deutung eines derartigen ursächlichen Zusammenhanges ist geboten, da oft den Anfällen eine gemütliche Reizbarkeit vorausgeht. Die Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wechslung mit hysterischen Krampfzuständen führt ebenfalls leicht zu einer Überschätzung der Bedeutung psychischer Faktoren.

Beim weiblichen Geschlecht treten epileptische Anfälle mit Vorliebe zur Zeit der Menses auf (menstrueller Typus); nicht selten fällt der erste epileptische Anfall in die Zeit der ersten Menstruation. Auch der Gravidität und Laktation wird eine Bedeutung, wenigstens für die Häufigkeit der Anfälle, beigemessen.

Früher spielte in der Lehre von den Ursachen der Epilepsie die Reflexepilepsie eine große Rolle, die Lehre, welche die Epilepsie auf die Reizung peripherer Nerven, insbesondere von Hautnerven durch Narben, Geschwülste, Fremdkörper usw. zurückführt. Diese reflexepileptischen Anfälle beginnen mit einer Aura (Parästhesie, Zuckung), die von dem verletzten Körperteil ausgeht, und können durch deren Reizung ausgelöst werden (epileptogene Zone). In ähnlicher Weise sollen Erkrankungen der Ohren, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Kehlkopfes, der Augen (Refraktionsanomalien), der Zähne (Karies) sowie vieler innerer Organe wirken. Es gibt wohl kaum ein Organ, das nicht gelegentlich von einem Spezialisten für die Reflexepilepsie beansprucht wurde. Äußerste Skepsis in der Annahme der Reflexepilepsie erscheint mir angebracht. Verwechslung mit Hysterie und andere diagnostische Irrtümer — in einem mir bekannten Falle waren die auf Appendizitis zurückgeführten und „durch die Operation geheilten epileptischen Anfälle" tatsächlich epileptiforme Anfälle einer beginnenden, vom Chirurgen übersehenen progressiven Paralyse — laufen hier oft unter.

Die Epilepsie beginnt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im jugendlichen Lebensalter (in etwa 75% der Fälle vor dem 20. Lebensjahr); die beiden Geschlechter sind annähernd gleichmäßig beteiligt.

Symptomatologie.

Die Schilderung der so unendlich mannigfachen Erscheinungen der Epilepsie beginnt naturgemäß mit der Darstellung des **typischen, klassischen epileptischen Anfalls** (Epilepsia gravior, haut mal), bei dessen Ablauf man das Prodromalstadium, das Stadium der Krämpfe und das Nachstadium unterscheiden kann.

Im Prodromalstadium kann man die entfernteren von den unmittelbaren Vorboten des Anfalls trennen. Die ersteren, die dem Anfall stunden- bis tagelang vorhergehen, bestehen in den verschiedensten psychischen und nervösen Störungen (Verstimmung, Reizbarkeit, Angstgefühl, unruhiger Schlaf mit ängstlichen Träumen, Druckgefühl oder Schmerzen im Kopf, Schwindel, Herzklopfen, Zittern, Dyspepsie, erhöhte sexuelle Reizbarkeit u. a.). Die dem Anfall unmittelbar vorhergehenden Vorboten werden unter dem Namen Aura (Galen) zusammengefaßt; sie dauern oft nur ganz kurz, Sekunden, selten Minuten, so daß der Kranke sie als Warnungszeichen empfindet, erkennt, oft auch verwertet. Eine Aura findet sich in etwa $^1/_3$ der Fälle. Auch bei demselben Kranken kann sie bald fehlen, bald vorhanden sein, bald diese, bald jene Form annehmen, unter Umständen auch aus verschiedenen Formen zusammengesetzt sein. Sie besteht aus Hemmungs- oder Reizerscheinungen der verschiedensten körperlichen und geistigen Funktionen.

Die psychische Aura kann sich im wesentlichen auf affektivem Gebiete abspielen (große Angst, oft motivlos, oft in bestimmter Weise — Furcht vor dem Anfall — begründet; Zornaffekt; seltener das Gefühl höchster Lust — einer meiner Kranken sprach von einer „idealen Wol-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lust", die auch durch die noch so schweren Anfälle nicht zu teuer erkauft sei) oder mehr die intellektuelle Seite betreffen (Verkennung der jeweiligen Umgebung im Sinne einer schon früher erlebten oder vorgestellten Situation, Zwangsvorstellungen, plötzliches Versagen der Denkfähigkeit — „der Gedankenfaden bricht mir ab" —, seltener Ideenflucht). Die motorische Aura zeigt sich in klonischen oder tonischen Zuckungen einzelner Muskeln, Muskelgebiete oder Gliedmaßen (Zuckungen im Arm, Steifwerden der Beine, Einknicken, Versagen der Stimme), seltener in komplizierteren Bewegungen wie Vorwärts- oder Rückwärtslaufen, Schneuz- oder Wischbewegungen oder in Lähmungen. Die vasomotorische besteht in allgemeinen oder umschriebenen Gefäßkrämpfen oder -lähmungen (Erblassen, Gefühl des Absterbens, Erröten, rashartige Blutwallungen, Herzklopfen), oft mit Störungen der Tränen-, Speichel-, Schweißsekretion. Von einer sensiblen Aura spricht man bei Parästhesien (Kribbeln, Vertaubungsgefühl, Empfindung eines kühlen Hauches, der von einer Extremität zum Gehirn weht, oder Gefühl des Angehauchtwerdens — daher der Name Aura —, Globusgefühl, Schmerzen, zuweilen neuralgischen Charakters, Gefühl des Aufsteigens einer dunklen, unbestimmbaren, schmerzhaften Empfindung aus dem Unterleib in den Kopf). Die sensorische Aura betrifft vor allem das Gesicht oder Gehör, seltener die anderen Sinnesorgane (Funken, Farben, Feuer, Figuren, ähnlich dem Flimmerskotom, Landschaften, Gefühl des Größer- oder Kleinerwerdens, der Annäherung oder Entfernung der Gegenstände — beachtenswert ist die Häufigkeit der roten Farbe bei den Sinnestäuschungen; Geräusche, Worte, Melodien, Musik — in einem meiner Fälle eine unvergleichlich schöne Wiedergabe Wagnerscher Melodien durch Engelstimmen; plötzliche Blindheit oder Taubheit).

Nach der Aura setzt plötzlich eine völlige Bewußtlosigkeit ein. Der Kranke, dessen Gesicht leichenblaß ist, stürzt wie vom Blitz getroffen zu Boden, oft mit einem durchdringenden, gellenden Schrei und mit einer derartigen Wucht, daß er sich die schwersten Verletzungen zuzieht (Basisfraktur bei Sturz auf ebener Erde; Häufigkeit von Stirnverletzungen bei Epileptikern). Eine weitere Gefahr wird durch die Bewußtlosigkeit bedingt (Erstickung im Bett, Fall ins Wasser oder gegen glühenden Ofen). Gleichzeitig oder unmittelbar nachher stellen sich allgemeine, tonische Krämpfe ein. Der ganze Körper ist steif, der Rumpf rückwärts gebeugt, die starren Augen nach oben oder nach einer Seite und dann meist beide nach derselben Seite wie der Kopf (Déviation conjugée) gedreht, der Gesichtsausdruck gespannt, verzerrt, die Kiefer fest aufeinander gepreßt, die Gliedmaßen starr ausgestreckt, die Hand zur Faust geballt, der Daumen eingeschlagen. Passiven Bewegungen wird der größte Widerstand entgegengesetzt. Diese tonischen Krämpfe dauern nur kurze Zeit, 10—20 bis höchstens 30 Sekunden, und werden abgelöst durch klonische Krämpfe, die zuerst in einzelnen Muskelgruppen der Glieder beginnen, sehr bald aber an Ausdehnung, Schnelligkeit und Schwere zunehmen, so daß der Eindruck entsteht, der willenlose Körper des Kranken werde von einer übermächtigen Kraft hin- und hergeschüttelt. Der Kopf schlägt mit Wucht auf seiner Unterlage auf und ab, die Augen werden hin- und hergerollt, die Gesichtsmuskeln zeigen krampfartige, grimassierende Zuckungen, die Zunge wird vorgestoßen und zurückgezogen, und da gleichzeitig die Kiefer auf und ab bewegt werden, ist die Gefahr der Zungenverletzung gegeben. Die Zunge, deren Spitze sogar abgebissen werden kann, ist schon beim ersten Sturz des Kranken gefährdet. Blutiger Schaum tritt vor den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mund, die Atmung erfolgt stoßweise, keuchend, oft unter gurgelnden Geräuschen. Der Körper bäumt sich auf und nieder. Die Gliedmaßen zeigen andauernde, kräftige Bewegungen im Sinne einer ruckartigen Beugung und Streckung, oft auch des Schlagens, Stoßens, Tretens, Strampelns. Die Zuckungen erfolgen mit großer Kraft und Rücksichtslosigkeit; daher die Häufigkeit der Verletzungen (Muskelzerrungen, Frakturen, Luxationen, Abbrechen der Zähne). Das Gesicht ist mit Schweiß bedeckt und zeigt zyanotische Färbung, die oft schon im tonischen Stadium (Atemstillstand) eintritt. Urin, Stuhl, zuweilen auch Samen werden entleert. Vorübergehend können die Zuckungen nachlassen; ein tonischer Krampf kann sich da und dort einschieben. Aber allmählich oder plötzlich hören die Zuckungen auf, nachdem sie ½ bis einige Minuten angehalten haben; das klonische Stadium hält durchweg länger an als das tonische. Der Kranke bietet nunmehr das Bild tiefster Erschöpfung, er liegt schlaff, regungslos da, die Atmung, zuerst noch stertorös, wird freier; an diesen Sopor, aus dem der Kranke vorübergehend erwachen kann, ohne freilich orientiert zu sein, schließt sich meist ein tiefer Schlaf von verschiedener Länge an. Nach dem Erwachen ist der Kranke müde und abgespannt, als ob er die größte körperliche Arbeit geleistet hätte, klagt über Glieder- und Kopfschmerzen, über Denkhemmung und bedarf noch für mehr oder weniger lange Zeit der Erholung. Zuweilen schließen sich Zustände ängstlicher Erregung oder Verwirrtheit an. Seltener ist der Kranke unmittelbar nach dem Anfall frisch; noch seltener fühlt er sich durch ihn („wie nach einem Gewitter") erleichtert.

Die tiefe Bewußtlosigkeit hält während des ganzen Anfalls an. Daher bedarf es keiner Erwähnung, daß jede Reaktion auf schmerzhafte Eingriffe unterbleibt, und die schweren, während des Anfalls entstandenen Verletzungen nicht empfunden werden. Die Pupillen sind, oft nach vorübergehender Verengerung, weit und reagieren nicht auf Licht. Wenn auch die Konvergenzreaktion naturgemäß nur selten zu prüfen ist, ist schon aus klinischen Erwägungen anzunehmen, daß es sich nicht um eine reflektorische, sondern um eine absolute Pupillenstarre handelt. Ebenso ist der Kornealreflex während des Anfalls für gewöhnlich erloschen, auch die Sehnenreflexe. Der Babinskische Reflex ist oft nachzuweisen. Für die Zeit des Anfalls besteht völlige Erinnerungslosigkeit, die sich auch auf die dem Anfall vorhergehende Zeit der Gesundheit erstrecken kann (retrograde Amnesie). Infolge der venösen Stauung während der klonischen Krämpfe bilden sich oft punktförmige Blutungen, nicht nur in den Schleimhäuten (Konjunktiva, Kehlkopf), sondern auch in der Haut der Augenlider, des Halses, hinter den Ohren. Die Körpertemperatur steigt während des Anfalls um einige Zehntel Grad bis zu einem halben Grad. In dem nach dem Anfall entleerten Urin ist oft Eiweiß, seltener Zucker nachzuweisen. In der letzten Zeit sind besonders eingehend die Erschöpfungserscheinungen studiert, die nach dem Anfall auftreten: Parese oder Lähmung einzelner Gliedmaßen, aphasische, apraktische und agnostische Störungen, Schreibstörungen formaler und inhaltlicher Natur, Differenz der Sehnenreflexe der beiden Seiten, Abnahme der Hautreflexe. Von besonderer Wichtigkeit ist der Babinskische Reflex, auf dessen Vorkommen auch nach epileptischen Anfällen zuerst der Entdecker des Reflexes selber hingewiesen hat. Zahlreiche Beobachtungen lehren, daß er sehr häufig nachweisbar ist, oft erst einige Zeit nach dem Anfall, meist nur auf einer, seltener auf beiden Seiten; vorübergehend kann er nachlassen; endgültig verschwindet

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er oft erst nach Stunden oder Tagen, wie denn die genannten Folgeerscheinungen epileptischer Anfälle stets nur vorübergehend sind. Das Gesichtsfeld zeigt nicht selten eine konzentrische Einengung. Auch Sensibilitätsstörungen finden sich, auf einzelne Gliedmaßen beschränkt, zuweilen segmentalen Charakters. Ebenfalls als Erschöpfung ist die Erschwerung aller psychischen Leistungen, die Neigung zu Perseverationen und Verbigerationen zu deuten.

Einzelne Epileptiker haben nur alle paar Monate, alle Jahre oder in noch größeren Zwischenräumen, nur einige Male in ihrem Leben einen Anfall. Bei anderen kehren sie häufiger wieder und können in den schwersten Fällen jeden Tag oder gar mehrere Male an einem Tage auftreten. Die Neigung zu serienweisem Auftreten mit anfallsfreien Intervallen ist bemerkenswert, ebenso die Tatsache, daß bei demselben Kranken die Häufigkeit der Anfälle auch ohne erkennbare Ursache sehr verschieden sein kann. Viele Anfälle fallen in die Nachtzeit. Bei einzelnen Kranken treten sie fast ausschließlich nachts auf (Epilepsia nocturna im Gegensatz zur Epilepsia diurna).

Folgen die einzelnen epileptischen Anfälle so schnell aufeinander, daß in der Zwischenzeit das Bewußtsein nicht wiederkehrt, so spricht man von einem Status epilepticus (état de mal); es tritt also ein neuer Anfall auf, ehe der postepileptische Sopor gewichen ist. An das konvulsivische, durch die Krämpfe (10—30 Anfälle und mehr in 24 Stunden) gekennzeichnete Stadium schließt sich das komatöse Stadium an, das mit Delirien verbunden sein kann. Erhöhung der Körpertemperatur, die bis zu 42° steigt — nach dem Tode kann sie noch weiter zunehmen —, ist von übler Vorbedeutung, wie denn überhaupt die Prognose beim Status epilepticus mit Vorsicht zu stellen ist (Tod an Erschöpfung, Pneumonie, Lungenödem).

Der typische epileptische Anfall ist also gekennzeichnet durch eine Aura, ein kurzes Stadium tonischer, ein längeres Stadium klonischer Krämpfe, Sopor und Schlaf und eine während der Krämpfe bestehende völlige Bewußtlosigkeit. So charakteristisch auch alle einzelnen Erscheinungen des klassischen Anfalls sind, so gesetzmäßig ihr Aufeinanderfolgen ist, die Erfahrung lehrt, daß die Anfälle vielfach von diesem Typus abweichen, sei es, daß die gesetzmäßige Aufeinanderfolge gestört ist, sei es, daß einzelne Symptome ausfallen, sei es, daß der Anfall nur aus einzelnen Äußerungen des epileptischen Anfalls besteht. So fest gefügt auch der Symptomenkomplex des typischen epileptischen Anfalls erscheint, einzelne Bestandteile können selbständig werden, und da alle denkbaren Kombinationen möglich sind, ist die große Mannigfaltigkeit der Spielarten des epileptischen Anfalls erklärt, zumal die einzelnen Anfälle auch hinsichtlich der Stärke der Symptome die größten Unterschiede bieten können. In den ersterwähnten Fällen ist das gegenseitige zeitliche Verhältnis der Bewußtlosigkeit, der tonischen und klonischen Krämpfe gestört: tonische Krämpfe stellen sich schon vor Eintritt der Bewußtlosigkeit ein, oder die klonischen Krämpfe gehen den tonischen voraus (vollentwickelter atypischer Anfall, BINSWANGER). Weiter können die tonischen Zuckungen ausfallen, oder die klonischen Zuckungen treten sehr zurück, oder die motorischen Störungen des bewußtlosen Kranken bestehen lediglich in Laufbewegungen, an deren Schluß der Kranke zusammenstürzt (Epilepsia procursiva, rotatoria).

Größere praktische Bedeutung als diese unvollständigen rudimentären haben die abortiven Anfälle. Das sonst so enge Band zwischen motorischen und psychischen Störungen ist hierbei gelöst. Der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anfall beschränkt sich im wesentlichen auf eine körperliche oder eine psychische Störung (petit mal, Epilepsia mitior), die entweder dem eigentlichen Anfall oder der Aura entnommen ist. Der epileptische Anfall kann somit auch nur in einer Aura bestehen. Der Kranke, dessen Anfälle stets von einer bestimmten Aura eingeleitet werden, bietet dieselbe Störung, ohne daß es zum Anfall kommt. Diese Tatsache mahnt zur Vorsicht in der Annahme, der Anfall könne durch den Kranken während der Aura (Umschnüren des Gliedes oberhalb der Stelle, von der die Aura ausgeht; Schlucken von Wasser, Kochsalzlösung; Hin- und Hergehen; energische Anspannung der Aufmerksamkeit) unterdrückt werden. Als körperliche Störungen ohne Veränderung des Bewußtseins, die einem Anfalle entsprechen, sind beispielsweise zu nennen Zittern, Zuckungen, Lähmungen, bald umschrieben, bald mehr verbreitet. Der Kranke sinkt plötzlich in die Knie, läßt, was er in der Hand hat, fallen, fühlt ein Zusammenkrampfen der Arme und Beine, verliert plötzlich die Sprache, entleert ungewollt bei gesunden Harnorganen seinen Urin oder hat eine Augenmuskellähmung. Hierher gehören auch wohl die von Griesinger und Emminghaus zuerst beschriebenen Anfälle von plötzlichem Schweißausbruch, oft verbunden mit Herzklopfen, Schwindel oder Angst, sowie das anfallsweise plötzliche Einschlafen (C. Westphal), das ursprünglich mit dem heute in anderem Sinne gebrauchten Wort Narkolepsie bezeichnet wurde. Auch psychische Störungen, die ebenfalls sehr schnell verschwinden und ohne erheblichere Bewußtseinsstörung verlaufen, können den Anfall ersetzen (Erinnerungstäuschungen, Zwangsgedanken, Halluzinationen — „Du mußt Dich doch immer wieder vordrängen"; „Du denkst, Du bekämst jetzt einen Anfall" —; eigenartige, vom Kranken nicht näher zu bezeichnende Gefühlsstörungen, als ob er überhaupt gar nicht mehr sei). Es ist oft unmöglich, diesen isoliert auftretenden, verhältnismäßig seltenen Störungen, die ebenso schnell kommen wie wieder verschwinden und bei demselben Kranken oft in derselben Form wiederkehren, die richtige klinische Deutung zu geben, wenn man nicht auf die gleichartigen Symptome im Verlaufe des großen epileptischen Anfalls, insbesondere während der Aura, Bezug nimmt.

Von sehr viel größerer, praktischer Bedeutung sind die Anfälle, in denen, zuweilen nach einer Aura, für ganz kurze Zeit das Bewußtsein mehr oder weniger gestört ist und körperliche Störungen, wenn solche überhaupt auftreten, nur von untergeordneter Bedeutung sind. Das Bewußtsein kann für einige Sekunden, seltener für Minuten, ganz aufgehoben sein, ohne daß es der Kranke bemerkt; er hält in seiner Beschäftigung inne und setzt sie nach Wiedererlangung des Bewußtseins fort, als ob nichts passiert wäre; oder der Kranke wird anscheinend in seiner jeweiligen Tätigkeit nicht gestört, führt sie vielmehr automatisch, vielleicht unrichtig, fort (er gibt beim Kartenspielen die Karten falsch, schiebt unverständliche Worte in seine Rede, schlägt falsche Akkorde beim Klavierspielen an, näht ein Kleidungsstück an seine Hose). Der Kranke zeigt einen starren Blick und wird vorübergehend blaß, seltener errötet er; einzelne Zuckungen im Gesicht, vor allem im Bereich der Mundmuskulatur, fallen der Umgebung auf, die sie als Kau- und Schluckbewegungen, als Schnalzen auffaßt. Auch andere partielle Krampfzustände sind zu beobachten, wie Augenblinzeln, Déviation conjugée, Krämpfe in den Fingern oder Zehen, vorübergehender Stillstand der Atmung. Diesen als Absenzen bezeichneten Störungen, die ein Kranker von Delasiauve sehr zutreffend seine „Hemmungszeit" nannte, und für die der Ausdruck petit mal von vielen Autoren ausschließlich ange-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wandt wird, stehen die Anfälle nahe, in denen das Bewußtsein nicht so erheblich gestört ist. Der Kranke empfindet selber die Störung und hat das Gefühl, daß es ihm vor seinen Augen dunkel oder schwarz wird. Auch dieser epileptische Schwindel (vertigo epileptica) ist oft genug mit Angst, umschriebenen Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, Erblassen, seltener mit anderen Symptomen, wie unfreiwilligem Urinabgang verknüpft.

Wenn auch bisher schon wiederholt von geistigen Störungen die Rede war — jeder typische epileptische Anfall ist von einer solchen in der Form der Bewußtlosigkeit begleitet —, müssen hier die **Geistesstörungen** der Epileptiker **im engeren Sinne** gesondert besprochen werden. Man unterscheidet von jeher **vorübergehende Psychosen** und eine dauernde Erkrankung, die in vielen Fällen den Ausgang der Epilepsie darstellt. Die ersteren trennt man mit SAMT in präepileptische Psychosen, die dem epileptischen Anfall vorausgehen, — also gewissermaßen eine verlängerte Aura —, postepileptische, die dem Anfall folgen —, also ein verlängerter oder veränderter Sopor —, und schließlich Äquivalente (HOFMANN), die an die Stelle eines Krampfanfalls treten, auch psychische oder larvierte Epilepsie genannt. Diese Unterscheidung ist aber mehr eine äußerliche und gibt kausale Beziehungen kaum wieder, da die Form der Psychose von ihrem zeitlichen Verhältnis zu einem Krampfanfall mehr oder weniger unabhängig ist und Krämpfe sich in eine epileptische Psychose einschieben können, ohne sie wesentlich zu beeinflussen. Ihre Dauer kann Stunden, Tage, Wochen betragen. Sie können den verschiedensten Symptomenkomplexen entsprechen; freilich sind reine Bilder selten; Mischformen überwiegen, so daß eine restlos befriedigende Darstellung kaum möglich ist. Eine schematische Darstellung ist daher geboten.

Man kann zwei Hauptgruppen vorübergehender epileptischer Psychosen unterscheiden, je nachdem die Störung seitens der gemütlichen Sphäre oder seitens des Bewußtseins überwiegt. Die erstere Gruppe ist unter dem Namen der **periodischen Verstimmungen** bekannt (KRAEPELIN, ASCHAFFENBURG). Man kann hier verschiedene Spielarten trennen, je nachdem während des Anfalls Depression, Reizbarkeit oder Angst vorherrscht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind freilich diese Störungen in wechselnder Stärke und Mischung nachweisbar, wenn auch die Anfälle desselben Kranken einander sehr ähneln können. Der Kranke wird plötzlich unvermittelt traurig gestimmt, unlustig zu allem, was ihn sonst interessiert. Trübe Gedanken, deren er sich nicht erwehren kann, bemächtigen sich seiner. Er kann nicht denken, nicht arbeiten, keinen Entschluß fassen. Die Merkfähigkeit und Auffassung ist gestört. Er spricht nur wenig, leise und langsam. Er hat allerlei unbestimmte Empfindungen am Herzen, im Kopf, am Rücken. Er glaubt, niemals wieder gesund zu werden, möchte am liebsten bald von seinem Leiden erlöst sein. Selbstanklagen treten auf; er hat der Familie durch seine Krankheit Schande bereitet oder sich gegen Gott vergangen. Erinnerungen an längst erlebte Ereignisse werden wahnhaft umgedeutet. In nicht wenigen Fällen kommt es zu ausgesprochener Angst; schreckliches steht dem Kranken bevor, den Seinigen wird etwas zustoßen. Vielfach wird die Angst nicht motiviert. Nicht selten führen die Selbstvorwürfe und Angst zu sehr energischen Selbstmordversuchen. Viele Epileptiker sind während ihrer Verstimmungen verdrossen, mißmutig, ärgerlich. Sie fühlen sich zurückgesetzt und verlangen energisch ihre Entlassung, drohen mit einer Anzeige, graben alte,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

längst erledigte Beschwerden aus. Manche erweisen sich völlig unzugänglich, gehen finsteren Schrittes auf und ab; wer sie nur sieht, geht ihnen aus dem Wege. Sie haben oft ein Gefühl für ihre erhöhte Reizbarkeit („schon die Fliege an der Wand ärgert mich"; „es ist, als ob der Teufel wieder in mich gefahren wäre"; „wenn mir einer zu nahe kommt, riskiere ich alles") und ziehen sich zurück oder suchen die Einsamkeit auf, um nicht gestört zu werden. Andere Kranke, und deren Zahl überwiegt leider, begehen triebartige Handlungen. Sie laufen oder reisen weg, lassen sich Zechprellereien zu schulden kommen, schimpfen oder gehen gewalttätig vor. Nur selten zeigt der Anfall den manischen Symptomenkomplex; neben der Ideenflucht und dem Bewegungsdrang herrscht dann vor allem Stimmungswechsel und Reizbarkeit vor.

Diese Anfälle, die in derselben Form oft genug auch als Vorboten epileptischer Anfälle auftreten, setzen mehr oder weniger plötzlich ohne äußeren Anlaß („es kommt so angeflogen"), oft mit sexueller Erregung, ein und hören ebenso schnell auf. Sie dauern nur kurze Zeit, einige Stunden bis wenige Tage, selten länger und haben große Neigung wiederzukehren. Das Bewußtsein der Kranken ist für gewöhnlich kaum gestört, abgesehen von den Zeiten des höchsten Affekts. Sinnestäuschungen können sich ebenfalls einstellen. Das Aussehen des Kranken ändert sich oft plötzlich; er blickt finster, mürrisch, verschlossen drein, der Appetit ist gering, das Gesicht blaß, der Schlaf schlecht. Körperliche Störungen, die die Angst begleiten (Herzklopfen, Zittern, Schwitzen), können nachweisbar sein. Nur selten finden sich Störungen, die sich für die Auffassung der Verstimmungen als epileptische Äquivalente verwerten lassen. Nicht sowohl Analgesien, Pulsveränderungen (Dikrotie), Hitzegefühl mit Schweiß und Schwindel, umschriebene Rötung im Gesicht als vielmehr Verlangsamung, sehr selten Aufhebung der Pupillarreflexe oder Babinskischer Reflex oder Temperaturerhöhungen.

Es sei noch hervorgehoben, daß ganz dieselben Störungen, deren anfallsweises Auftreten hier geschildert wurde, auch dauernd vorhanden sein können, wenngleich in recht wechselnder Stärke und Mischung, entsprechend der epileptischen Degeneration. Aber sie sind, selbst wenn sie anfallsweise und dann scharf umschrieben, im schroffen Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten des Kranken, auftreten, nicht unbedingt für Epilepsie charakteristisch; sie finden sich auch bei Psychopathen und zwar so häufig, daß man diese Gruppe unter dem Namen der Epileptoiden (Wilmanns) herausgehoben hat. Daher ist es auch nicht berechtigt, alle Dipsomanen (S. 286) ohne weiteres der Epilepsie zuzurechnen.

Eine andere, praktisch viel wichtigere Gruppe vorübergehender Psychosen bei Epilepsie ist gekennzeichnet durch eine Bewußtseinsstörung **(pathologische Bewußtseinsstörungen, Dämmerzustände,** Ausnahmezustände).

Das äußere Verhalten des Kranken kann ganz verschieden sein. Er kann sich bei oberflächlicher Betrachtung geordnet benehmen, paßt sich der jeweiligen Situation an, erfaßt, was man ihn fragt, und zeigt sich im wesentlichen orientiert. Eine genaue Prüfung ergibt freilich, daß er doch in vielen Einzelheiten versagen kann. Er übersieht Wesentliches, legt Belanglosem übergroße Bedeutung bei, muß sich lange besinnen. Diese Hemmung kann verschieden stark sein. Der Kranke macht den Eindruck eines traumhaft Benommenen, kann sich nicht konzentrieren, findet sich nicht zurecht; er faßt sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwer auf, wiederholt die Frage, redet drumherum oder verliert den Faden der Rede. In einzelnen Fällen fehlt es an jeder Initiative; der Kranke ist völlig regungslos, oft kataleptisch, ohne alle Anteilnahme für das, was um ihn herum vorgeht, auch körperlich völlig reaktionslos, wehrt beispielsweise die Fliegen nicht ab, die über seine Backen laufen, stiert vor sich hin oder hält die Augen geschlossen wie ein Tiefschlafender. Das Verhalten einer weiteren Gruppe entspricht durchaus dem eines Verworrenen. Diese Kranken sind zeitlich und örtlich völlig desorientiert, wissen auch über ihre eigene Persönlichkeit nicht Bescheid, fassen ungemein schwer auf, vermögen nur einfache Fragen, und auch die nicht einmal immer, zu beantworten. Ihre Sprechweise ist sehr gestört; einer zusammenhängenden, geordneten Redeweise sind sie nicht fähig. Sie wiederholen oft dieselben Worte und Redensarten, hetzen sie geradezu zu Tode. Der Kranke kommt immerzu auf das zurück, was vorher in der Unterhaltung erwähnt worden ist (Perseveration); ausgesprochen aphasische Störungen, sowohl sensorischer wie motorischer Natur, lassen sich neben apraktischen und agnostischen Störungen nachweisen.

Halluzinationen von meist sinnlicher Lebhaftigkeit sind besonders bei den verworrenen Kranken vorhanden. Gesichts- und Gehörstäuschungen überwiegen. Im Vordergrund stehen solche schreckhaften oder übersinnlichen, religiösen Inhalts. Der Kranke sieht Licht, Feuer, Flammen, drohende, abenteuerliche Tiere und Menschen, Gestalten Verstorbener; Gott erscheint als drohender Richter; der Kranke sieht den Himmel offen und gerät unter dem Eindruck dessen, was sich ihm da offenbart, in den Zustand ausgesprochener Verzückung. Aber auch alle Schrecknisse der Hölle mit den Teufeln werden ihm offenbart. Die rote Farbe spielt auch bei diesen Sinnestäuschungen eine große Rolle, ferner konzentrisch von allen Seiten auf den Kranken einstürmende Massen. Die Gehörstäuschungen haben einen ähnlichen Charakter. Der Kranke vernimmt Prasseln des Feuers, Schießen, Zusammenstürzen von Gebäuden, angsterfülltes Schreien, das Jammern Sterbender, drohende oder befehlende Zurufe, Glockenläuten, Orgelspielen, Engelgesang oder Gottes Stimme. Im Anschluß an diese Sinnestäuschungen, aber auch unabhängig von ihnen, können Wahnideen auftreten. Meist im Sinne der Verfolgung oder Beeinträchtigung; auch hypochondrischen, zum Teil recht sonderbaren Inhalts (er wird operiert, er ist schon seziert, das Gehirn ist in den Magen gerutscht) oder religiöser Färbung (der Kranke steht in naher Beziehung zu Gott). Die Stimmung kann recht verschieden sein, selten gleichgültig, eher gereizt, mürrisch, ängstlich oder verzagt, ärgerlich oder ekstatisch oder heiter mit einem Zug ins Erotische.

Ebenso verschieden wie das äußere Verhalten der Kranken ist auch ihr Tun und Handeln. Die Kranken können in derartigen Ausnahmezuständen selbst recht verwickelte Handlungen sicher und zielbewußt ausführen. Nicht selten macht sich dann bei Epileptikern ein krankhafter Wandertrieb (Automatisme ambulatoire, Poriomanie, fugue) geltend, unter dessen Einfluß der Kranke große Reisen zu Fuß oder mit allen zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln, ohne jede Vorbereitung, ohne jeden Grund, geradezu sinn- und zwecklos und ganz unvermutet zurücklegt. Der Kranke braucht während dieser Zeit nicht sonderlich aufzufallen und ist sehr erstaunt, sich eines Tages an einem fremden Orte wieder zu finden, ohne zu wissen, wie er dahingekommen ist. Es liegt auf der Hand, daß der Kranke so in recht bedenkliche Situationen geraten kann, vor allem beim Militär.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Überwiegt die Benommenheit, so verhält sich der Kranke ganz passiv, bleibt liegen, wo er einmal ist, muß gefüttert werden, läßt sogar Stuhl und Urin unter sich. Andere Kranke lassen sich in ihrem Handeln nur von den Sinnestäuschungen leiten, insbesondere den imperativen oder schreckhaften Halluzinationen, von der Verkennung ihrer Umgebung oder der Angst, die gerade bei der Epilepsie eine sonst seltene Höhe erreichen kann. Rücksichtslos gehen sie auf ihre Umgebung los, zertrümmern sinnlos, was sie nur erreichen können, beschuldigen sich zu unrecht schwerer Verbrechen, beschädigen auch sich selbst in brutalster Weise (Abschneiden des Hodensackes) oder begehen Suicid, Brandstiftungen, Diebstähle. Vor allem werden sexuelle Delikte gerade in diesen Zeiten begangen. Andere Kranke benehmen sich harmloser, wenn auch immerhin auffällig, urinieren beispielsweise offen, wo sie gerade sind, oder entkleiden sich in aller Öffentlichkeit.

Die begleitenden körperlichen Störungen entsprechen der jeweiligen Affektlage. Aber auch bei dem, der anscheinend einen geordneten Eindruck macht, kann der aufmerksame Beobachter Abweichungen von der Norm entdecken, wie trüben oder stieren Blick, blutunterlaufene Augen, lallende, undeutliche Sprache, bleiches Gesicht, oft mit umschriebenen Rötungen, schwankenden Gang, so daß der Kranke den Eindruck eines Betrunkenen macht, der durch das aufgeräumte Wesen des Kranken noch unterstützt wird. Die ärztliche Untersuchung ergibt zuweilen Störungen der Hautempfindlichkeit (Hypalgesie, Analgesie); Trägheit der Pupillarreflexe, sehr selten Starre; schwere Auffassung, häufiges Versprechen, Verlesen; Sprach- und Schreibstörungen.

So verschieden auch die Störungen erscheinen, ihnen allen gemeinsam ist die sie begleitende Bewußtseinsstörung. Es handelt sich durchaus nicht immer um eine völlige Bewußtlosigkeit, sondern um eine verschieden starke, auch während desselben Anfalls zu den verschiedenen Zeiten schwankende Bewußtseinstrübung, ein, wie man auch sagt, traumartiges Bewußtsein. Über das Wesen dieser Störung sind wir noch völlig im unklaren. Eine absolute, scharf umschriebene Erinnerungslücke für einen bestimmten Zeitraum, der der Dauer des Dämmerzustandes entspricht, darf daher nicht immer erwartet werden. Entsprechend den Schwankungen des Bewußtseins, die sich auch in einer Ungleichheit der geistigen Leistungen während des Zustandes äußern, zeigt auch die Erinnerungsstörung die verschiedensten Variationen hinsichtlich ihrer Ausdehnung und Klarheit. Starke Affektschwankungen in den Dämmerzuständen beeinträchtigen die Erinnerung; diese ist besser nach allmählich abklingenden Dämmerzuständen und Wiederholung derselben Vorstellungen in ihnen. Der Kranke erinnert sich an gar nichts oder hat für alles nur eine dunkle, summarische Erinnerung („er sieht alles wie durch einen Schleier") oder erinnert sich nur an Einzelheiten, die in die kritische Zeit fallen, verhältnismäßig klar oder unklar („der Schleier hat Löcher oder ist an einzelnen Stellen weniger dicht") (partielle Erinnerung, Erinnerungslücke). Dabei verdient hervorgehoben zu werden, daß der Kranke sich an ganz unerhebliche Kleinigkeiten erinnern kann, nicht aber an anderes, was sich an demselben Ort und zu derselben Zeit zugetragen hat, obwohl dieses sehr viel eindrucksvoller und wichtiger war. Es erscheint bedenklich, einen Dämmerzustand ohne jede Störung der Erinnerung anzunehmen; der Beweis, daß die Erinnerung, mag sie auch noch so vieles umfassen, lücken-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

los ist, ist niemals mit Sicherheit zu führen. Die Gedächtnislücke kann sich auch in die Zeit vor Beginn des Anfalls, oft recht weit zurück, bis zu Monaten und noch länger, erstrecken (retrograde Amnesie).

Man kann je nach dem äußeren Gebaren des Kranken verschiedene Typen von Dämmerzuständen unterscheiden. Die obige Darstellung läßt unschwer einen scheinbar besonnenen, geordneten, einen stuporösen und einen deliranten (angstverwirrten) Dämmerzustand erkennen. Die Typen sind aber tatsächlich nur sehr selten scharf voneinander zu trennen. Im Einzelfall kann man schwanken, welcher Gruppe er zuzurechnen ist; es gibt eben nicht nur Übergangs-, sondern vor allem auch Mischformen: in einen stuporösen Zustand schieben sich oft delirante Phasen ein und umgekehrt. Die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder wird dadurch noch größer, daß Übergänge zu den periodischen Verstimmungen bestehen, die ja auch mit einer mehr oder weniger erheblichen Bewußtseinsstörung verlaufen können. Immerhin sind die Dämmerzustände von ihnen fast immer durch ihre Eigenart zu trennen, die sich darin kundgibt, daß einfache, unauffällige Handlungen unmittelbar neben ganz befremdlichen, oft gewalttätigen Handlungen stehen (Siemerling). Diese letzteren sind dem Individuum in gesunden Zeiten selten zuzumuten, erscheinen ihm selbst als etwas Fremdes. Wenn auch in einzelnen Fällen der Kranke vorher eine entsprechende Absicht geäußert oder Drohung ausgestoßen hat, so widerspricht das doch nicht dieser Auffassung. Der Kranke würde in gesunden Tagen die Handlung nicht begangen haben, die er im Dämmerzustand infolge des Wegfalls von Hemmungen, oft auf Grund von Affekten und Sinnestäuschungen, sich hat zu schulden kommen lassen.

Die Dämmerzustände können Bruchteile einer Stunde bis zu Tagen und Wochen dauern; die Dauer von Monaten ist recht ungewöhnlich und mahnt zur Vorsicht. Die Anfälle desselben Kranken können einander sehr ähneln; immerhin wird gar zu viel von ihrer „photographischen Treue" gesprochen. Der Beginn ist meist plötzlich, ebenso auch das Ende, das zuweilen durch einen tiefen Schlaf bekundet wird. Alkoholgenuß kann einen Dämmerzustand auslösen oder ihm eine alkoholische Färbung geben. Vor allem kann durch Alkohol ein schnell vorübergehender motorischer Erregungszustand verursacht werden, in dem der Kranke blindlings um sich schlägt und alles zerstört (transitorische Tobsucht, pathologischer Rausch, vgl. S. 269). Etwas Bestimmtes über die letzten Ursachen des Dämmerzustandes ist uns nicht bekannt.

Neben den vorübergehenden Psychosen kommen bei den Epileptikern noch **dauernde geistige Störungen** vor, die man in zwei Unterformen zerlegen kann, je nachdem die Veränderung mehr die affektive und ethische (epileptische Charakterdegeneration, Kirn) oder die intellektuelle Seite (epileptische Verblödung) der Persönlichkeit trifft. Viele Epileptiker werden im Laufe der Zeit zunehmend reizbarer. Immer kleinere Anlässe genügen, um eine sinnlose Wut oder rücksichtslose Gewalttätigkeit auszulösen. Ihre Händelsucht, ihre Reizbarkeit und Zornmütigkeit, ihr Mißtrauen führt jeden Augenblick zu Konflikten mit der Umgebung. Der Kranke fühlt sich gar zu leicht nicht hinreichend beachtet, mit Absicht zurückgesetzt. Hat der Arzt ihn zufällig nicht gegrüßt, so schilt ihn der Kranke mit den schlimmsten Worten. Der Mitkranke, der ihn berührt hat, muß seine Unachtsamkeit mit einer derben Ohrfeige büßen. Rücksichtslos gegen andere verlangt der Epileptiker für sich die größte Rücksichtnahme. Der Egoismus, der im Verein mit dem Eigensinn und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Unbelehrbarkeit den Verkehr mit Epileptikern sehr erschwert, verleitet sie dazu, sich vielfach zu loben (Morel); auch die Familie wird in die Lobrede oft eingeschlossen (Samt). Mit seiner Krankheit beschäftigt er sich sehr viel und eingehend und rechnet trotz der schwersten Anfälle immer mit einer baldigen Genesung. In einem eigenartigen Gegensatz hierzu steht bei manchen Kranken eine kriechende Freundlichkeit und übertriebene Höflichkeit; ja, sie werden aufdringlich servil. Weibliche Kranke schmiegen sich eng an, oft mit einem deutlich erotischen Zug. Sehr häufig findet sich eine Neigung zu pietistischer Frömmelei und zur Mystik, aber nur nach der äußeren Seite (Gottnomenklatur). Der Epileptiker führt das Wort Gottes im Mund, wenn es ihm Nutzen verschaffen soll, aber nicht, wenn ihm Pflichten daraus erwachsen. Gerade auf religiösem Gebiet macht sich vielfach eine widerwärtige Selbstüberschätzung und pharisäerhafte Unduldsamkeit gegen andere geltend. Ihre Wahrheitsliebe leidet fast immer; sie geben, was sie erlebt haben, völlig entstellt wieder oder erfinden ganze Begebenheiten, die sie bis in die kleinsten Details auszumalen wissen. Äußerste Vorsicht ihren mannigfachen Klagen und Beschwerden gegenüber ist unbedingt notwendig.

In anderen Fällen leidet vor allem die Intelligenz. Die Merkfähigkeit nimmt mehr ab als das Gedächtnis für frühere Zeiten. Die Auffassung wird langsamer, die Aufmerksamkeit büßt ihre Schärfe ein und schwankt sehr; der Kranke versagt bei schwierigen Überlegungen leicht und schnell und trennt nicht das Wesentliche vom Unwesentlichen. Das Interesse für neue Gebiete erlischt. Der Kranke bewegt sich in alten Geleisen, verläßt kaum seine früheren Gedankenkreise, bevorzugt vielfach dieselben stereotypen Redensarten in seiner weitschweifigen und umständlichen Ausdrucksweise und führt gerne Sentenzen, Sprichwörter, Gesangbuchverse, Bibelzitate im Mund, die er mit mehr Emphase als Verständnis vorbringt. Prüft man die Kranken assoziationspsychologisch, so fällt die geringe Assoziationsbreite auf; der Kranke reagiert sehr langsam, einförmig, in sprachlichem Ausdruck und inhaltlich dürftig, vielfach egozentrisch mit Bezug auf seine Krankheit oder prädikativ. Der Kreis seiner Interessen wird zunehmend enger. Die geistige Regsamkeit erlischt immer mehr. In demselben Maße wird seine Sprechweise umständlicher, langsamer und ermüdender. Mit pedantischer Genauigkeit berichtet der Kranke über sein Befinden. Er empfindet eine Unterbrechung höchst peinlich, wird aber nie abgelenkt, kommt vielmehr stets zum Ziele. Schließlich bildet sich eine erstaunliche Wort- und Gedankenarmut sowie Urteilslosigkeit aus, und der Zustand der epileptischen Borniertheit und Schwerfälligkeit kann einem ausgesprochenen Blödsinn gleichen.

Diese beiden Arten von Störungen kommen bei den Kranken selten ausgesprochen isoliert vor. Fast immer finden sich Defekte auf ethischem, affektivem und intellektuellem Gebiet vereint, auch hier wieder in der mannigfachsten Mischung in qualitativer und quantitativer Hinsicht, zumal sich jederzeit akute Psychosen einschieben können. Im Einzelfall kann es dann schwer sein, zu entscheiden, ob seine Reizbarkeit oder Schwerfälligkeit dem habituellen Zustand, einer periodischen Verstimmung oder einem Stupor entspricht. Nicht jeder Epileptiker zeigt diese Störungen. Eine Verblödung ist um so eher zu erwarten, je früher die Anfälle einsetzen, je häufiger sie sich wiederholen. Den Anfällen von petit mal wird eine besondere Schädigung zugeschrieben. Freilich lassen sich bestimmte Gesetze nicht aufstellen. Ebenso wenig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann man im Einzelfall mit Bestimmtheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit vorher sagen, ob eine Demenz zu erwarten ist. Es handelt sich hier fast immer um freilich in verschiedenem Tempo fortschreitende Störungen; selten bleibt der Prozeß auf einer niederen Stufe stehen. Heitere, frohe, für Humor veranlagte Naturen sind unter den Epileptikern selten. Viele von ihnen sind von Haus aus etwas pessimistisch, mißtrauisch, launenhaft, reizbar, zeigen also den wenig erfreulichen epileptischen Charakter, der in viel ausgesprochenerem Maße in der oben (S. 308) beschriebenen epileptischen Degeneration zutage tritt. Alles das erklärt, daß so mancher Epileptiker in seinem Beruf oder seiner Stellung nicht aushält, daß er sozial scheitert und in dem Arbeitshause, Gefängnis oder der Irrenanstalt endigt, deren gefährlichste Insassen die Epileptiker sein können. Die fast allen Epileptikern eigene Intoleranz gegen Alkohol sei hier nochmals hervorgehoben; sie tritt besonders zutage, wenn der Alkoholgenuß in eine Verstimmung fällt oder wenn zu ihm ein Unlustaffekt hinzukommt.

Diagnose.

Die Diagnose der Epilepsie muß vor allem von der Erkennung des epileptischen Krampfanfalls ausgehen. Als seine Merkmale sind hervorzuheben eine freilich zuweilen fehlende Aura, tonische Krämpfe der Gesamtmuskulatur von kurzer, klonische von längerer Dauer, Sopor und Schlaf sowie eine völlige Bewußtlosigkeit, die mit Beginn der tonischen Krämpfe einsetzt. Beobachten wir derartige Krämpfe bei einem Individuum wiederholt, bestehen sie schon seit der Pubertät und führen sie zur Demenz, so ist die Diagnose Epilepsie berechtigt. Indes liegen die Fälle nur selten so einfach. Die wichtigsten Gesichtspunkte seien hervorgehoben.

Früher wurden die Krämpfe der Kinder in den ersten Lebensjahren in eine nahe Beziehung zur Epilepsie gebracht. Verfolgt man aber das Schicksal derartiger Kinder, so erweist sich nur ein kleiner Prozentsatz als epileptisch; bei diesem treten oft erst nach einer längeren, anfallsfreien Pause in der Pubertätszeit wieder Krampfanfälle auf. Epilepsie ist nach Ansicht vieler Autoren auszuschließen, wenn es sich um Spasmophilie handelt (Auftreten der Krämpfe bei künstlicher, ihr baldiges Verschwinden bei natürlicher Ernährung; Häufung der Anfälle besonders im Winter und Frühling; auch in der Zwischenzeit nachweisbare Störungen: Chvostek, Trousseau, Erb). Treten andererseits die Anfälle erst im späteren Lebensalter (6. Jahrzehnt oder noch später) auf, so ist vor allem an ihre Bedingtheit durch Arteriosklerose (oder Nephritis) zu denken; es handelt sich dann also um eine symptomatische Epilepsie. Mit dieser Möglichkeit ist vor allem auch dann zu rechnen, falls bei den Kranken die ersten Krämpfe im besten Lebensalter auftreten. Eine sehr sorgfältige Anamnese muß ausschließen, daß schon vorher Epilepsie bestanden hat. Nicht selten weiß der Epileptiker nichts von seinen Anfällen, wenn sie nur vereinzelt auftreten, nicht sehr schwer sind und keine Verletzungen setzen. Nächtliche Anfälle entgehen oft dem Kranken, auch seiner Umgebung; daher fragt man nach zeitweiliger Inkontinenz ohne vorausgegangenen Alkoholgenuß, nach über Nacht entstandenen Zungen- oder Lippenverletzungen, Blutflecken auf dem Kopfkissen, unruhigem Schlaf mit Herausfallen aus dem Bett, Kontusionen und anderen Verletzungen unbekannten Ursprungs, Hämorrhagien der Haut- und Schleimhaut, starker Abspannung und Abgeschlagenheit mit Kopfschmerzen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am nächsten Tage. Wichtig sind insbesondere die Absenzen, sodann die Schwindelanfälle, wenn eine andere bestimmte Ursache für sie ausgeschlossen werden kann; dabei können umschriebene Zuckungen, Inkontinenz, das Verhalten der Pupillarreaktion, der plötzliche, spontane Eintritt und eine vorausgegangene Aura von entscheidender Bedeutung sein. Zu beachten ist, daß bei der gewöhnlichen Ohnmacht die Herztätigkeit deutlich abnimmt. Ist das frühere Auftreten von Epilepsie auszuschließen, so ist es immer noch voreilig, eine Epilepsia tarda anzunehmen. Erfahrungsgemäß müssen epileptische Anfälle, die zuerst im späteren Alter einsetzen, an syphilogene Erkrankungen des Zentralnervensystems (progressive Paralyse, Lues cerebrospinalis) denken lassen, ferner an andere organische Gehirnkrankheiten (vor allem Tumor — Cysticercus —: Kopfweh, Erbrechen, Augenhintergrund!; Abszeß; multiple Sklerose), an eine Arteriosklerose, die schon vorzeitig (Lues, Intoxikation, Nephritis) einsetzen kann, an Intoxikationen, vor allem Alkohol und Blei, nicht zuletzt an Kopfverletzungen. Der Verdacht auf eine umschriebene Gehirnerkrankung ist berechtigt, wenn die Krämpfe stets von ein und derselben Stelle des Körpers ausgehen, wenn sie sich auf eine Muskelgruppe oder Körperhälfte beschränken oder bei allgemeinen Krämpfen die Partien nacheinander, entsprechend der anatomischen Lage der motorischen Zentren im Gehirn, ergriffen werden, wenn Bewußtseinsstörung fehlt oder erst bei Übergehen der Krämpfe auf die andere Körperhälfte eintritt. Der Verdacht wird gestützt durch ausgesprochene dauernde Lähmungszustände im Bereich der Ausgangsstelle der Krämpfe. Natürlich muß in jedem Falle die Natur der örtlichen Schädigung ermittelt werden.

Von größter praktischer Bedeutung ist die Unterscheidung hysterischer und epileptischer Krampfanfälle, die bei Besprechung der Hysterie (S. 329) erörtert werden soll. Neuere Forschungen haben die schon bestehenden diagnostischen Schwierigkeiten noch vergrößert, seitdem wir Krampfanfälle oder ihnen gleichzusetzende Störungen kennen gelernt haben, die trotz ihrer großen Ähnlichkeit mit epileptischen Störungen als hysterische aufzufassen oder vielleicht weder zur Epilepsie noch zur Hysterie zu rechnen sind, sei es nun, daß sie der Ausdruck einer psychopathischen Konstitution sind oder eine Krankheitsform für sich darstellen. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, daß es Übergangsformen zwischen Hysterie und Epilepsie gibt; **Hysterie und Epilepsie haben grundsätzlich nichts miteinander zu tun** und müssen unter allen Umständen voneinander getrennt werden. Oppenheim hat unter dem Namen der psychasthenischen Krampfanfälle Anfälle beschrieben, die hinsichtlich ihres Verlaufs und ihrer Symptome, oft auch ihrer Schwere epileptischen Anfällen, wenn auch nicht immer, gleichen; aber sie treten nur vereinzelt und auf eine ganz bestimmte Veranlassung hin auf, sind therapeutisch durch diätetische und psychische Behandlung ungemein zu beeinflussen, nicht durch Brom, und führen nicht zu einer Demenz, wie denn auch andere Zeichen der Epilepsie fehlen. Es handelt sich dabei um Personen, die, meist erblich belastet, ausgeprägte Erscheinungen der Neurasthenie bieten und an Zwangsvorstellungen, Tics sowie vasomotorischen Störungen leiden. Gleichzeitig und unabhängig von Oppenheim beschrieb Bratz ein von ihm Affektepilepsie benanntes Krankheitsbild (von äußeren Einflüssen oder Gemütserregungen oder körperlichen Ursachen abhängige, oft schwere Krampfanfälle oder Anfälle von petit mal ohne Herderscheinungen oder häufige Schwindelgefühlsattacken; kein Verfall in Demenz; mannigfache psychische Störungen der haltlosen, unsteten, leicht erregbaren Persönlichkeiten), das grund-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sätzlich nicht von den psychasthenischen Krämpfen Oppenheims zu trennen sein dürfte. Beide Krankheitsbilder sind dadurch gekennzeichnet, daß auf einem degenerativen Boden unter der Einwirkung bestimmter Schädlichkeiten Störungen entstehen, die der Epilepsie sehr gleichen, aber vereinzelt bleiben und eine günstige Prognose bieten. Man spricht daher besser von reaktiv epileptischen Anfällen der Degenerierten (Bonhoeffer). Ungezwungen lassen sich hier anschließen die Mitteilungen von Friedmann über Narkolepsie und Heilbronner über die gehäuften kleinen Anfälle; sie betreffen zahlreich auftretende, kurzdauernde Schlafzustände oder Absenzen. Sichere Zeichen von Hysterie sind meist nicht nachweisbar; gegen die epileptische Natur dieser Störungen wird angeführt die Vorliebe, mit der die Störungen nach psychischen Erregungen, nach Sinnesreizen oder in bestimmten Situationen auftreten, die Unwirksamkeit von Brom, die Beeinflußbarkeit durch allgemeine Maßnahmen sowie das Fehlen aller Zeichen von Epilepsie, vor allem keine Charakterveränderung oder Intelligenzabnahme trotz der zahlreichen Anfälle. Man ist auch geneigt, diese Anfälle als Zeichen einer Krankheit sui generis oder als Symptome einer Psychopathie schlechtweg aufzufassen. Die Sachlage ist zurzeit durchaus noch nicht geklärt. Es bedarf vielmehr noch weiterer Beobachtungen, vor allem der Verfolgung des weiteren Schicksals der Kranken, um die klinische Stellung dieser durchaus nicht einheitlichen Anfälle zu sichern.

In jedem Fall ist bei Kranken mit Krämpfen, die als epileptisch anzusehen sind, eine eingehende körperliche (Arteriosklerose, Nephritis) und vor allem neurologische (Augenhintergrund, die 4 Reaktionen im Blut und Liquor) Untersuchung nötig; eine Anstaltsbeobachtung, dann aber nur unter Zuhilfenahme eines Wachsaals, ist vielfach nicht zu umgehen, freilich wieder mit dem Nachteil verknüpft, daß hier dank dem Wegfall vieler Schädlichkeiten Krampfanfälle längere Zeit ausbleiben können. Bei Verdacht auf Simulation ist insbesondere auf die nicht vortäuschbaren Symptome zu achten (Pupillenstarre, Blässe, dann Zyanose des Gesichts, Zungenbiß, Babinskischer Reflex).

So berechtigt das Bestreben ist, die Kenntnis der Symptomatologie der epileptischen Psychosen zu vertiefen, um ohne weiteres ihre Natur zu erkennen, ist es doch bedenklich, sie zu diagnostizieren, ohne daß der sichere Nachweis von nicht vereinzelten Krampfanfällen oder ihnen gleichwertigen, nicht anderweitig bedingten körperlichen Störungen, wie Absenzen, Schwindelanfällen und Ohnmachten erbracht wird. Der Nachweis epileptischer Anfälle genügt auch noch nicht, eine Geistesstörung desselben Kranken als epileptisch anzusprechen, weniger, weil andersartige Psychosen mit wenn auch nur vereinzelten Krampfanfällen verbunden sein können (Schizophrenie), als deshalb, weil auch ein Epileptiker einmal an einer Psychose erkranken kann, die in gar keiner Beziehung zur Epilepsie steht (progressive Paralyse nach jahrelangem Bestehen von Epilepsie), und weil schließlich Gehirnerkrankungen (Tumor) oder allgemeine körperliche Leiden (Urämie) sowohl konvulsivische Anfälle wie psychische Störungen verursachen können. Daher muß weiterhin gefordert werden, daß die Psychose ein epileptisches Gepräge hat. Die epileptische Degeneration mit der Borniertheit und Umständlichkeit, der Reizbarkeit und Frömmelei, dem Egoismus und der Unduldsamkeit hat etwas so ungemein Charakteristisches, daß sie an sich schon sehr bald den Verdacht auf Epilepsie aufkommen läßt. Ist die epileptische Demenz ausgesprochen, so kann gelegentlich sogar eine Paralyse vorgetäuscht werden, besonders wenn die Sprache lallend

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist; allein der Epileptiker büßt die Orientierung über Zeit und Raum kaum ein, die der Paralytiker bei gleichgroßer Demenz schon lange verloren hätte; der Epileptiker verliert auch kaum den Zusammenhang des Gedankenganges, die Ordnung der Ausdrucksweise; die körperliche Untersuchung und der Ausfall der 4 Reaktionen wird die Entscheidung sichern.

Die transitorischen Psychosen sind alle durch ihr plötzliches Einsetzen, ihren schnellen Anstieg, ihr schnelles Abklingen, ihren meist kurzen Verlauf und ihre Neigung zu häufiger Wiederholung in oft gleicher Form gekennzeichnet. Die periodischen Verstimmungen gehen fast immer mit Reizbarkeit und Nörgelsucht einher, mit oft nur angedeutetem Beziehungswahn und Verfolgungsideen, mit sexueller Erregung, besonders im Beginn, mit oft nur vorübergehenden, nicht ausgesprochenen Bewußtseinsstörungen und wiederholen sich sehr oft. In ganz ähnlicher Form treten sie freilich auch bei Psychopathen auf, bei den Epileptoiden, ohne daß es bei diesen zu einer Demenz kommt. Die transitorischen Bewußtseinsstörungen, die selten unmittelbar vom Arzte beobachtet werden, fallen vor allem durch den Verlust der Erinnerung auf; freilich kann deren Verhalten recht verschieden sein, und daß die Angaben über Amnesie meist ernste Skepsis verdienen, liegt auf der Hand. Das unmittelbare Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen, mehr unauffälligen Handlungen mit befremdlichen, unerwarteten, oft gewalttätigen Handlungen muß immer den Verdacht auf Epilepsie wecken (Siemerling). Dieselbe Bedeutung kommt der erschwerten Wortfindung, der Aphasie, Paraphasie, Verbigeration und Perseveration, Echolalie und Echopraxie zu, Störungen, die nicht nur nach einem Krampfanfall, sondern auch in vielen akuten Psychosen epileptischer Natur sich nachweisen lassen. Unter den begleitenden körperlichen Störungen verdienen noch die Erweiterung der Pupillen, die Verlangsamung ihrer Reaktion, die allgemeine An- oder Hypalgesie hervorgehoben zu werden sowie Taumeln, Zittern, Schwanken, zuckende Bewegungen. Handlungen, die unter einer Art Zwang ausgeführt werden (Wandertrieb, Exhibitionismus), können nicht nur auf einen Dämmerzustand, sondern auch auf eine Verstimmung zurückzuführen sein, in diesem Fall mit nur geringer Erinnerungslücke, falls sie nicht eine krankhafte Reaktion psychopathischer Individuen auf dysphorische Reize sind (Heilbronner). Die mannigfachen und engen Beziehungen zwischen Alkohol und Epilepsie können große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten. Bei der Beurteilung der deliranten Zustände erleichtert das Zittern, Schwitzen, Erhaltenbleiben des Persönlichkeitsbewußtseins, die Suggestibilität und die leichte Ansprechbarkeit der an Delirium tremens Leidenden oft die Entscheidung. Besondere Schwierigkeiten kann die Deutung der Alkoholwirkung bei Traumatikern bereiten. Sinnlose Erregungen von Katatonikern sind oft nur nach längerer Anstaltsbeobachtung von epileptischen Dämmerzuständen abzugrenzen.

Prognose.

Die Epilepsie an sich kann vorzeitig den Tod herbeiführen (Tod im Anfall selbst unmittelbar durch Herzlähmung oder mittelbar durch Ersticken, Ertrinken, Verbrennen, Schluckpneumonie); auch der Status epilepticus gefährdet oft das Leben. Nur wenige Epileptiker werden alt. Epilepsie heilt in einer kleinen Zahl von Fällen aus; der Prozentsatz wird sehr verschieden von Anstalts- und Nervenärzten angegeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über die voraussichtliche Häufigkeit und Schwere der Anfälle läßt sich im voraus nichts sagen; sie können plötzlich, ohne ersichtlichen Grund, für verschieden lange Zeit abnehmen oder gar verschwinden. Nur ein Teil der Epileptiker verblödet; die Kranken mit früh beginnenden Krämpfen sind dieser Gefahr besonders ausgesetzt, um so mehr, je häufiger Krampfanfälle oder Anfälle von petit mal auftreten. Die Umkehrung dieser Beobachtung gilt nicht ausnahmslos. Bestimmte prognostische Anhaltspunkte fehlen. Die epileptische Degeneration bietet eine schlechte Aussicht, vermag höchstens einmal stationär zu bleiben. Die Prognose der vorübergehenden Psychosen ist insofern gut, als der einzelne Anfall, der selten länger als einige Monate dauert, ausheilt. Aber die Gefahr der Wiederkehr ist sehr groß; auch muß mit der Möglichkeit einer Selbstbeschädigung oder eines Selbstmords gerechnet werden.

Therapie.

Am wirksamsten ist die Prophylaxe; vor allem ist epileptischen und trunksüchtigen Individuen von der Eheschließung dringend abzuraten.

Bei der eigentlichen Therapie der genuinen Epilepsie, die nach dem Stand unserer Kenntnisse im wesentlichen eine symptomatische ist, unterscheiden wir die hygienisch-diätetische, die pharmakologische und die chirurgische Behandlung. Auf die chirurgische Behandlung kann hier, wo es sich im wesentlichen um die Besprechung genuiner Epilepsie und epileptischer Psychosen handelt, nur kurz hingewiesen werden. Vor einer Überschätzung des Wertes chirurgischer Eingriffe bei der Epilepsie kann nur gewarnt werden; einmal laufen viele Fehldiagnosen unter, sodann wird der operierte Fall vielfach nicht lange genug beobachtet, und schließlich muß hier wie bei Würdigung jeder Therapie berücksichtigt werden, daß die Anfälle der Epileptiker aus uns oft unerkennbaren Gründen sich häufen, aber auch abnehmen und, wenn auch nur vorübergehend, verschwinden können. Dieser ablehnende Standpunkt einer chirurgischen Therapie gilt insbesondere gegenüber Operationen, wie der Unterbindung der Carotiden oder Intervertebrales, der Exzision des Halssympathicus, der Trepanation und weiteren Eingriffen zur Herabsetzung des Hirndrucks. Eher erscheint schon ein operativer Eingriff bei Knochenimpressionen, bei sicheren Herdsymptomen usw. gerechtfertigt. Wo Reflexepilepsie angenommen wird, mag die reizende Ursache operativ entfernt werden, sofern die Operation keinen erheblichen Eingriff bedeutet; man kann aber der Annahme der Reflexepilepsie meines Erachtens nicht kritisch genug gegenübertreten. Auf jeden Fall sollte man, wenn überhaupt, immer möglichst frühzeitig operieren.

Bei der hygienisch-diätetischen Behandlung verdient die Ernährung die größte Beachtung. Im allgemeinen ist vor reizenden, gewürzten, fetten Speisen zu warnen. Die Fleischzufuhr ist möglichst zu beschränken; weißes Fleisch verdient den Vorzug. Eine vorwiegend vegetabilische Ernährung mit Bevorzugung der Milchnahrung hat sich schon vielfach bewährt; Reis, Griès, Sago, Makkaroni, nicht blähende Gemüse, Obst, Kompott, Fruchtsäfte, Eier geben die Möglichkeit einer abwechslungsreichen Nahrung. Alkohol ist unter allen Umständen zu verbieten, ebenso auch starker Kaffee und Tee. Die Warnung vor Bouillongenuß erscheint ebenfalls berechtigt. Größter Wert ist darauf zu legen, daß die jeweilige Nahrungszufuhr nicht groß ist; der Kranke soll häufiger und jedesmal wenig essen. Fallen die Anfälle vorzugsweise

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in die Nachtzeit, soll die letzte Nahrung möglichst leicht sein und dem Zubettegehen lange voraufgehen. Körperliche und geistige Anstrengungen, auch sexuelle Exzesse sind zu vermeiden. Am besten schreibt man dem Kranken eine ganz bestimmte, geregelte Lebensweise vor, um eine verständige Abwechslung zwischen Ruhe und Arbeit zu sichern. Die Anregung der Hauttätigkeit durch laue Bäder, auch durch milde Kaltwasserkuren ist zu empfehlen.

Sind die Anfälle zahlreich und schwer, so muß das epileptische Kind in besonderen Klassen unterrichtet werden. Der Epileptiker muß Berufe bevorzugen, die weder ihn noch andere, falls er einen Anfall bekommt, gefährden (also nicht Dachdecker, Lokomotivführer, Chauffeur, Maurer, Heizer, Schiffer, sondern Garten- und Landarbeit, Büroarbeit). Daß Rodeln oder Baden im Freien zu untersagen ist, versteht sich von selbst.

In einzelnen Fällen genügen schon diese Maßnahmen, um die Anfälle des Kranken wesentlich zu mildern oder gar verschwinden zu lassen. In der Mehrzahl freilich muß man noch zu pharmakologischen Mitteln greifen. Das Brom (eingeführt in die Behandlung der Epilepsie von Locock, 1857) hat einen sehr bewährten Ruf. Die anorganischen Salze, das Bromkalium, Bromnatrium, Bromammonium, werden am meisten genommen, vor allem wohl das Bromnatrium oder eine Mischung der 3 Salze nach Erlenmeyer (1 Teil Bromkali, 1 Teil Bromnatrium, ½ Teil Bromammonium). Man gibt das Brom in einer größeren Menge Flüssigkeit, besonders gern in kohlensäurehaltigem Wasser (Sandows brausendes Bromsalz; ein Meßgläschen = 3 g des Erlenmeyerschen Gemisches), nach dem Essen auf vollen Magen, auf 2—3 Dosen tagsüber verteilt. Es ist zu empfehlen, mit einer Dosis von 2—3 g zu beginnen und allmählich zu steigen, bis die Anfälle aufhören oder nur selten und milde auftreten. Nach Binswanger ist eine Tagesdosis von unter 5 g bei Erwachsenen nahezu wirkungslos. Andererseits empfiehlt es sich aber nicht, mehr als 10—12 g pro die zu geben, wenn auch von einzelnen Individuen Tagesdosen von 20—30 g gut vertragen werden. Hat man die individuell ausreichende Dosierung gefunden, so muß diese geraume Zeit hindurch, nicht wochen-, sondern monate- oder jahrelang gegeben werden; auch wenn die Anfälle aussetzen, empfiehlt es sich, Brom, wenn auch in kleineren Mengen, weiter zu geben, da jahrelange Remisionen keineswegs selten sind. Plötzliches Aussetzen des Broms ist (ausgenommen vielleicht beim Eintritt einer Pneumonie) dringend zu widerraten, da danach gar zu leicht die vorher seltenen Anfälle gehäuft auftreten oder gar ein Status epilepticus einsetzen kann.

Die Flechsigsche Kur (Extractum opii in steigenden Mengen bis zu 1,0 g pro die, sofortiges Aussetzen und Ersetzen durch 7—8 g Bromkali pro die, nach 2 Monaten allmähliches Heruntergehen) wird recht verschieden beurteilt; die Kur sollte nur im Notfall und nur im Krankenhaus durchgeführt werden, da ständige ärztliche Überwachung notwendig ist. In letzter Zeit hat man entsprechend der Kenntnis, daß die Bromsalze im Organismus die ihm meist in zu großer Menge zugeführten Chlorsalze verdrängen, salzarme oder salzlose Kost gegeben (Toulouse-Richet); es genügt dann eine erheblich geringere Menge Brom. Manche Autoren begnügen sich mit einer sehr kochsalzarmen Ernährung; indes ist abgesehen von dem noch fraglichen therapeutischen Wert große Vorsicht geboten, da die Kochsalzentziehung Ernährungsstörungen und psychische Schädigungen herbeiführen kann. Ein mäßiger Salzgehalt der Nahrung (8 g pro die), der ständig beizubehalten ist, verdient den Vorzug; dann reichen für gewöhnlich 3—4 g

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bromsalz aus. Da gerade die Suppe viele Salze enthält, hat man Brom mit Suppenwürze (Sedobrol, eingeführt von ULRICH, 1 Tabl. = 1,1—1,2 g Bromnatrium + 0,1 g Kochsalz) vereinigt, um den Epileptikern den Genuß einer unschädlichen und therapeutisch wirksamen Suppe zu ermöglichen, sowie Brot (Bromopan-Brot) oder Zwieback (Spasmosit-Zwieback) gebacken und darin das Kochsalz durch Bromsalze ersetzt.

Brom kann zu einer Vergiftung, Bromismus, Anlaß geben. Sind die Störungen nur leicht (Müdigkeit, Schläfrigkeit, Aufhebung des Würg-, Konjunktival- und Kornealreflexes), so genügt es, die Dosis zu verringern oder Brom in einer größeren Menge Flüssigkeit zu geben oder ein anderes Brompräparat zu wählen. Es ist nicht notwendig, schon dann sofort von der Bromtherapie abzugehen; andererseits möchte ich mich auch nicht den Autoren anschließen, die an eine Wirksamkeit der Brombehandlung ohne leichten Bromismus nicht glauben. Sind die Erscheinungen der Bromvergiftung schwerer (lallende Sprache, Schreibstörung, Zittern, Ataxie, Muskelschwäche, Herzstörungen, beschleunigter, unregelmäßiger, leicht unterdrückbarer Puls, Oligurie, schwere Besinnlichkeit, Schlafsucht, Benommenheit; es kann geradezu das Bild der Paralyse vorgetäuscht werden), dann ist sofortige, aber allmähliche Verminderung der Bromdosen geboten; in neuerer Zeit wird in diesem Falle Zufuhr von Kochsalz empfohlen, aber auch diese mit Vorsicht, um nicht Anfälle auszulösen. Bei Bromakne sind Bäder, Behandlung der Haut mit Schmierseife, Ungt. mercuriale oder Kochsalzumschlägen auf die erkrankten Hautstellen, Abführmittel, Arsen zu empfehlen. Wechsel des Brompräparates ist oft vorteilhaft. Bromipin, eine 10%ige oder 33⅓%ige Lösung von Bromsalzen in Sesamöl, wird besonders empfohlen (1 Eßlöffel der 10%igen Lösung = 2 g Brom); freilich ist der Geschmack des Mittels, das zugleich einen Nährwert hat, manchen Kranken höchst widerlich. Einzelne Autoren haben in den Fällen, in denen Brom nicht vertragen wird oder nicht hilft, Erfolge von Atropin (⅓—½ mg mehrmals täglich) oder von Extr. bellad. gesehen. Eine Kombination der Bromsalze mit Atropin oder mit Extr. bellad. (1,0 Bromnatrium + 0,01 Extractum belladonnae als Tablette) wird von anderen bevorzugt. Übrigens wird Brom auch mit anderen Mitteln kombiniert, vor allen Dingen mit Digitalis, mit Adonis vernalis, Kodein. Brom kann der Abwechslung halber auch in Baldrianinfus gegeben werden; die jüngst eingeführten Geloduratkapseln werden von einzelnen empfohlen. Die organischen Bromverbindungen haben sich auf die Dauer nicht in demselben Maße bewährt; sie enthalten weniger Brom als die anorganischen Präparate und sind meist erheblich teurer. Von manchen Autoren wird Neuronal (2—3mal täglich 0,25—0,5 g) verabfolgt, besonders in frischen Fällen bei jugendlichen Personen, zumal nach Neuronal Bromakne nicht auftreten soll, sowie Zebromal (Dibromzimmtsäureäthylester, 4—5 g täglich). Man muß in der Praxis mit einem großen Vorurteil und Widerwillen der Kranken und auch ihrer Angehörigen gegen die Brombehandlung rechnen; dem Brom wird eine „verdummende" Wirkung zugeschrieben. Tatsächlich aber ist die Intelligenzabnahme auf die Epilepsie zurückzuführen. Das Brom selber hat eine derartige Wirkung nicht; es vermag anderseits eine Demenz mit Sicherheit kaum aufzuhalten. Freilich ist es notwendig, daß der Kranke während der Brombehandlung unter dauernder ärztlicher Aufsicht steht und sich mindestens alle paar Wochen vorstellt; sonst besteht die Gefahr einer kritiklosen Bromfütterung, die höchst unangenehme und dauernde Nebenwirkung haben kann.

In der letzten Zeit wird Luminal (nach HAUPTMANN) 2—3mal

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

täglich 0,05—0,1 g per os oder 0,3—0,6 Luminalnatrium gelöst per Klysma oder subkutan bei Epilepsie angewandt; anscheinend mit großem Erfolg. Jedenfalls ist es erstaunlich, wie prompt in vielen Fällen danach die Krampfanfälle, vor allem die leichteren, zurücktreten, wenn auch die psychischen Störungen weniger beeinflußt werden. Gute Erfolge erzielte ich des öfteren durch eine Kombination von Luminal mit Brom (morgens 0,1 Luminal, mittags und abends je 1 Sedobroltablette). Eine Dauerwirkung scheint dem vielgepriesenen Präparat nicht zuzukommen. Kontrolle der Kranken wegen Nierenreizung!

Im einzelnen Anfall empfiehlt es sich, die umschnürenden Kleidungsstücke zu lockern und den Kranken so zu betten, daß er sich bei seinen Krämpfen nicht verletzt; gegebenenfalls Leinenkompresse zwischen die Zähne.

Droht ein Status epilepticus, treten schon zwei oder drei Anfälle auf, ohne daß der Kranke das Bewußtsein in der Zwischenzeit erlangt, so muß sofort eingegriffen werden: Ausgiebige Entleerung der Blase und des Mastdarms, Zufuhr von Amylenhydrat 2—3—5 g, Dormiol 2—3 g, Paraldehyd 4—6 g, Luminalnatrium 0,2—0,6 g (kein Chloralhydrat wegen seiner Wirkung aufs Herz) per Klysma nach vorausgegangenem Reinigungsklistier; bei drohender Herzschwäche Herzmittel, gegebenenfalls gleichzeitig mit dem Klysma (10 Tropfen tr. Strophanti); Ernährung mit der Schlundsonde nur im Notfall; laue Bäder mit kühlen Übergießungen zur Anregung der Atmung; Sauerstoffinhalation bei erschwerter Respiration und Cyanose; Aderlaß von 50—150 ccm und Infusion von Kochsalzlösung oder Ringerscher Flüssigkeit; Anfeuchten der Lippen, Reinigung des Mundes; häufiger Lagewechsel des Kranken.

Die Therapie der epileptischen Psychosen deckt sich mit der der Epilepsie schlechtweg; in der Mehrzahl der Fälle ist die Behandlung in einer geschlossenen Anstalt unvermeidlich.

Literatur.

Alzheimer, Über rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 53, 1897, S. 483.

Derselbe, Die Gruppierung der Epilepsie. Ebenda 64, 1907, S. 418.

Aschaffenburg, Über Epilepsie und epileptoide Zustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. 46, 1907, S. 242.

Derselbe, Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Halle 1906.

Benn, Die Ätiologie der Pubertätsepilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, 1911, S. 330.

Binswanger, O., Die Epilepsie. 2. Aufl. 1913. (Vgl. dessen Artikel: Epilepsie in Eulenburg's Realenzyklopädie).

Derselbe, Über Herderscheinungen bei genuiner Epilepsie. Mschr. f. Psych. 22, 1907, S. 398.

Derselbe, Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung. Epilepsie 1, 1909, S. 32.

Derselbe, Die klinische Stellung der sog. genuinen Epilepsie. Berlin 1913. (Vgl. Mschr. f. Psych. 32, 1912, S. 369.)

Bratz, Alkohol und Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 56, 1899, S. 334.

Derselbe, Die affektepileptischen Anfälle . . . Mschr. f. Psych. 29, 1911, S. 45. (Vgl. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 13, 1907, S. 112.)

Bratz und Leubuscher, Die Affektepilepsie. Deutsche med. Wochenschr. 33, 1907, S. 592.

Bratz und Lüth, Hereditäre Lues und Epilepsie. Arch. f. Psych. 33, 1900, S. 621.

Donath, Der epileptische Wandertrieb. Arch. f. Psych. 32, 1899, S. 335.

Engelhard, C. F., Zur Frage der gehäuften kleinen Anfälle. Mschr. f. Psych. 36, 1914, S. 113.

Erlenmeyer, Über Epilepsiebehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 50, 1913, S. 813.

Feige, Die Geistesstörungen der Epileptiker. Vierteljschr. f. ger. Med., 3. Folge, 9, 1895, S. 309.

Féré, Les épilepsies et les épileptiques. Paris 1890, deutsch von Ebers. 1896.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

FINKELNBURG, Über das BABINSKI'sche Phänomen beim epileptischen Anfall. Münch. med. Wochenschr. 55, 1908, S. 1805.
FINCKH, J., Beiträge zur Lehre von der Epilepsie. Arch. f. Psych. 39, 1904, S. 820.
FLECHSIG, Zur Behandlung der Epilepsie. Neurol. Ztrbl. 12, 1893, S. 229; 16, 1897, S. 50.
FRIEDMANN, Zur Kenntnis der gehäuften nichtepileptischen Absenzen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 30, 1906, S. 462. (Vgl. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 9, 1912, S. 245.)
GAUPP, Die Dipsomanie. Jena 1911.
GOWERS, Epilepsie (2) 1902, Wien.
Derselbe, Das Grenzgebiet der Epilepsie. Leipzig 1908.
GRIESINGER, Über einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psych. 1, 1868, S. 320.
GRUHLE, Über die Fortschritte . . . in den letzten 10 Jahren. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Ref. 2, 1910, S. 1. (Literaturangaben.)
HAUPTMANN, Luminal bei Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 59, 1912, S. 1907.
HEBOLD, Der Tod im epileptischen Anfall. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 20, 1914, S. 78.
HEILBRONNER, Über Fugues und fugueähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych. 19, 1903, S. 107.
Derselbe, Über gehäufte kleine Anfälle. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 31, 1906, S. 472.
Derselbe, Die forense Diagnose der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 58, 1911, S. 441, 517.
Derselbe, Epilepsie im Handbuch der inneren Medizin 1912.
HEILIG und STEINER, Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 9, 1912, S. 633.
HINRICHSEN, Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, 1911, S. 22.
HOCHE, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.
HOPPE, Die heutige Behandlung der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 71, 1914, S. 838.
IBRAHIM, J., Über respiratorische Affektkrämpfe . . . Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 5, 1911, S. 388.
JÖDICKE, P., Der Status epilepticus. Deutsche med. Wochenschr. 38, 1912, S. 884.
Derselbe, Über moderne Behandlung der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 18, 1913, S. 247.
LIEPMANN, H., Epileptische Geistesstörungen. Deutsche Klinik, Bd. VI 2, 1906, S. 541.
LÖWENFELD, Über Narkolepsie. Münch. med. Wochenschr. 49, 1902, S. 1041.
LÜTH, Die Spätepilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 56, 1899, S. 512.
MARGULIÉS, Über Pseudodipsomanie. Prag. med. Wochenschr. 24, 1899, S. 307, 321.
MÜLLER, L., Über Status hemiepilepticus idiopathicus. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 28, 1905, S. 31.
MÜLLER, E., Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie. Mschr. f. Psych. 28, 1910, Erg.-Heft, S. 1.
NAECKE, Die Zeugung im Rausche . . . Neurol. Ztrbl. 27, 1908, S. 1058. (Vgl. Deutsche med. Wochenschr. 39, 1913, S. 1367.)
NAUNYN, Über senile Epilepsie und das GRIESINGER'sche Symptom der Basilarthrombose. Ztschr. f. klin. Med. 28, 1895, S. 217.
OPPENHEIM, H., Psychasthenische Krämpfe. Journ. f. Psych. u. Neurol. 6, 1906, S. 247.
PAPPENHEIM, Zur Epilepsiefrage. Wien. med. Wochenschr. 61, 1911, S. 2650.
Derselbe, Über Dipsomanie. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 11, 1912, S. 333.
RAECKE, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903.
Derselbe, Über epileptische Wanderzustände. Arch. f. Psych. 43, 1908, S. 398.
REDLICH, E., Über die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 36, 1909, S. 197.
Derselbe, Über Halbseitenerscheinungen bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psych. 41, 1906, S. 567.
Derselbe, Über senile Epilepsie. Wien. med. Wochenschr. 50, 1900, S. 610.
Derselbe, Bemerkungen zur Ätiologie der Epilepsie. Wien. med. Wochenschr. 56, 1906, S. 1073.
Derselbe, Die Behandlung der Epilepsie. Deutsche med. Wochenschr. 32, 1906, S. 1481.
Derselbe, Die klinische Stellung der sog. genuinen Epilepsie. Berlin 1913. (Literaturangaben.)
Derselbe, Zur Narkolepsiefrage. Mschr. f. Psych. 37, 1915, S. 85.
RITTERSHAUS, Zur psychologischen Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsieformen. Arch. f. Psych. 46, 1909, S. 1.
ROHDE, M., Zur Genese von „Anfällen" und diesen nahestehenden Zuständen bei sog. Nervösen. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 10, 1912, S. 473.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rosenstern, J., Über spasmophile Diathese. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Ref. 7, 1913, S. 1048.
Samt, Epileptische Irreseinsformen. Arch. f. Psych. 5, 1875, S. 393; 6, 1876, S. 110.
Schnitzer, Zum gegenwärtigen Stande der Epilepsiebehandlung. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 2, 1910, S. 77.
Schultze, E., Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewußtseinsstörungen. Allg. Ztschr. f. Psych. 55, 1898, S. 748.
Derselbe, Über krankhaften Wandertrieb. Ebenda 60, 1903, S. 795.
Derselbe, Über epileptische Äquivalente. Münch. med. Wochenschr. 47, 1900, S. 416.
Derselbe, Über pathologische Schlafzustände. Allg. Ztschr. f. Psych. 52, 1896, S. 724.
Seige, Erfolge der Flechsigschen Brom-Opiumkur. Mschr. f. Psych. 22, 1907, Erg.-Heft S. 84.
Siemerling, Über die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Berl. klin. Wochenschr. 32, 1895, S. 909. (Vgl. Arch. f. Psych. 42, 1907, S. 769; Münch. med. Wochenschr. 50, 1903, S. 627.)
Derselbe, Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. 46, 1909, S. 1.
Derselbe, Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Arch. f. Psych. 42, 1907, S. 769.
Steiner, Über die Beziehungen der Epilepsie zur Linkshändigkeit. Mschr. f. Psych. 30, 1911, S. 119. (Vgl. Arch. f. Psych. 46, 1910, S. 1091.)
Stern, Zur Prognose der Epilepsie. Jahrb. f. Psych. 30, 1909, S. 1.
Stertz, Zur Frage der Rückerinnerung an epileptische Dämmerzustände. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Ref. 9, 1914, S. 361.
Strohmayer, Über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne. Münch. med. Wochenschr. 50, 1903, S. 423.
Vogt, Die klinische Gruppierung der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 64, 1907, S. 418.
Derselbe, Die Epilepsie im Kindesalter. Berlin 1910.
Derselbe, Epilepsie in Aschaffenburg's Handbuch. Leipzig 1915. (Literaturangaben.)
Vollard, Beitrag zur Kenntnis des unsteten usw. Ztschr. f. d. ges. Neurol., Orig. 8, 1912, S. 522.
Vorkastner, W., Epilepsie. Deutsche Klinik Bd. VI, 1, 1906, S. 1281.
Wartmann, Alkoholismus und Epilepsie. Arch. f. Psych. 29, 1897, S. 933.
Weber, L. W., Beiträge zur Pathogenese . . , Jena 1901.
Derselbe, Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Münch. med. Wochenschr. 59, 1912, S. 1699.
Westphal, C., Eigentümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle. Arch. f. Psych. 7, 1877, S. 631.
Zappert, Zur Prognose der Epilepsie im Kindesalter. Med. Klinik 8, 1912, S. 229.

Hysterie.

Vorbemerkung.

Die unendlich große Zahl von Versuchen, das Wesen der hysterischen Störungen begrifflich abzugrenzen, beweist die Schwierigkeit dieser Aufgabe, und wenn immer wieder neue Begriffsbestimmungen oder richtiger gesagt Umschreibungen aufgestellt werden, ergibt sich daraus, daß die Aufgabe auch heute noch der Lösung harrt. Ob es jemals gelingen wird, eine erschöpfende Definition zu finden, erscheint mehr als fraglich. Eine auch nur gedrängte Übersicht über die bisherigen Versuche zu geben, verbieten Raum und Zweck eines Lehrbuchs. Es genügt vielmehr, darauf hinzuweisen, daß die hysterischen Symptome ursächlich auf Vorstellungen (Möbius) oder psychische Prozesse schlechtweg, wenn auch dem Kranken unbewußt, zurückzuführen sind. Somit wird eine besondere Zugänglichkeit oder Ansprechbarkeit des Individuums vorausgesetzt und zwar für Einflüsse, die entweder von außen (Fremdsuggestion) kommen oder dem Kranken selbst entstammen (Autosuggestion) können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine weitere Eigentümlichkeit besteht darin, daß diese Einwirkung ganz bestimmte somatische oder auch psychische Zustände auszulösen vermag. Diese Störungen werden oft nur mittelbar durch Vorstellungen ausgelöst und zwar als einfache, wenn auch krankhafte und im Gegensatz zum Normalen nachhaltige Begleiterscheinungen von Gefühlen, wie das Vergießen von Tränen bei Trauer, das Versagen der Sprache bei Angst; so kann sich eine Einwirkung auf Organe geltend machen, deren Beeinflussung dem Willen entzogen ist. Vielfach besteht ein Mißverhältnis zwischen Größe des Reizes und Stärke der Reaktion. Naturgemäß kann die Störung auch in ihrem Verlauf, der oft ganz regellos ist, beeinflußt und ihre Beendigung herbeigeführt werden, selbst dann, wenn diese Störung ursprünglich nicht durch psychische Prozesse ausgelöst war. Affektbetonte Einflüsse erweisen sich als besonders wirksam. Da sexuelle Erlebnisse von lebhaften Affektschwankungen begleitet sind, ist es schon verständlich, wenn auch sie eine Rolle bei dem Zustandekommen hysterischer Phänomene spielen; freilich ist das, wie übereinstimmend von der Mehrzahl der Psychiater anerkannt wird, bei weitem nicht in dem Maße der Fall, wie FREUD annimmt, der in jedem Falle ein in der Jugend erlebtes, aber nicht „abreagiertes" sexuelles Erlebnis und einen sich daraus ergebenden Konflikt zwischen erotischen Wünschen und sozialen oder ethischen Hemmungen als Ursache ansieht. Indes darf nicht ohne weiteres jede psychogene (SOMMER) Störung als hysterisch angesprochen werden. Ein unterscheidendes Merkmal liegt vielleicht nach BONHOEFFER darin, daß bei der Entstehung hysterischer Störungen eine dem Kranken oft genug wieder unbewußte „inhaltlich bestimmt geartete Willensrichtung" mitwirkt; diese braucht durchaus nicht immer der Wille zur Krankheit zu sein.

Die Häufigkeit der Diagnose der Hysterie ist nicht nur in ihrer mißbräuchlichen Anwendung als Bequemlichkeits- oder Verlegenheitsdiagnose begründet, sondern auch darin, daß dieselben Symptomenkomplexe sich bei den verschiedensten funktionellen und organischen Nervenkrankheiten und Psychosen finden, vorübergehend auch bei sonst gesunden Individuen nach sehr wirksamen Schädigungen auftreten und schließlich dauernd und auffallend leicht und schnell bei von Hause aus besonders gearteten Individuen. Diese Beobachtung hat mit voller Berechtigung zur äußersten Vorsicht in der Anwendung des Substantivs Hysterie oder, klinisch gesprochen, des Krankheitsbegriffs der Hysterie geführt; eine Vorsicht, die in fast übertriebener Weise zu der Leugnung der Hysterie als einer scharf umschriebenen Krankheit sui generis geführt hat. Auf jeden Fall muß man bestrebt sein, zwischen hysterischen Erscheinungen oder Symptomenkomplexen auf der einen und Hysterie auf der anderen Seite scharf zu unterscheiden, so schwierig es auch im einzelnen Falle sein mag, und die Annahme der Hysterie auf die Fälle zu beschränken, in denen sich hysterische Symptomenkomplexe bei Individuen finden, die einen hysterischen Charakter haben.

Ätiologie.

Die Hysterie entwickelt sich vor allem auf dem Boden einer erblichen Belastung, sei es, daß in der Familie, besonders bei den Eltern, ausgesprochene Geistes- oder Nervenkrankheiten, Mißbrauch von Giften oder daß auch nur ungewöhnliche Charaktereigenschaften nachzuweisen sind. Nicht selten findet sich gleichartige Erblichkeit,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die bei der erhöhten Suggestibilität die Auslösung hysterischer Erscheinungen ungemein erleichtert und so doppelt schädlich wirkt; wie denn überhaupt unzweckmäßige und verkehrte Erziehung, ungünstige Familienverhältnisse, unzureichende Ernährung u. dgl. — Schädlichkeiten, denen wir gerade in psychisch abnormen Familien begegnen — die Entwicklung der Hysterie begünstigen. Hysterie ist durchaus nicht das Vorrecht der Intellektuellen. Genauere Untersuchungen lehren vielmehr, daß ein oft freilich nur leichter Grad von angeborenem Schwachsinn in manchen Fällen von Hysterie nachzuweisen ist.

Bei der Hysterie handelt es sich um eine angeborene dauernde Veranlagung. Ihr gegenüber steht die erworbene, meist wieder vorübergehende Fähigkeit, hysterisch zu reagieren. Sie findet sich bei sonst gesunden Personen unter dem Einfluß der mit der normalen Entwicklung (Pubertät) oder dem Geschlechtsleben (Menstruation, Gravidität) einhergehenden Störungen, nach ungewöhnlichen, gemütlich stark betonten Erlebnissen (Verlust des Ehegatten, Platzen einer Granate) oder nach Schreck, Ärger, Kummer, Sorgen, kurz und gut, nach gemütlichen Erregungen, besonders wenn diese unlustbetonten Schädlichkeiten lange einwirken. In anderen Fällen macht sich eine hysterische Reaktion geltend nach Überanstrengung und Erschöpfung, nach fieberhaften Krankheiten, die auch den Ernährungszustand beeinträchtigten, nach Verletzungen schlechtweg, insbesondere nach Unfällen, d. h. also nach Verletzungen mit einem Entschädigungsanspruch irgendwelcher Art. Eine scharfe Scheidung der Schädlichkeiten in körperliche und geistige ist hier so wenig möglich wie beispielsweise bei der Untersuchungshaft, in der erfahrungsgemäß leicht hysterische Störungen auftreten können. Die Reue, die Sorge um die Zukunft und die Ungewißheit der Lage, die Einzelhaft, die dadurch bedingte Unmöglichkeit einer Aussprache wirken nicht minder wie die plötzliche, vielleicht unerwartete Entziehung der Freiheit und die damit verbundene Beschränkung der Bewegung und der Ernährung. Schließlich kommen hysterische Symptomenkomplexe auch bei Neurosen (insbesondere der Epilepsie), bei ausgesprochenen Geistesstörungen (vor allem der Schizophrenie und Paralyse) und bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (multiple Sklerose, Gehirntumor) vor. Man kann annehmen, daß diese Erkrankung die bisher schlummernde Fähigkeit des Individuums, auf Reize in bestimmter, vielleicht präformierter Weise zu reagieren, geweckt hat.

Das weibliche Individuum ist mehr gefährdet als das männliche, indes bei weitem nicht so erheblich, wie früher vielfach angenommen wurde. Genitalerkrankungen spielen durchaus nicht die Rolle, wie von einzelnen Gynäkologen auch heute noch angegeben wird. Auch Kinder können hysterische Erscheinungen bieten. Nation und Rasse sind von ursächlicher Bedeutung für die bestimmte Reaktionsform, die den Kern der hysterischen Erscheinungen darstellt. Enges Zusammenwohnen ähnlich veranlagter Individuen kann das epidemische Auftreten hysterischer Erscheinungen (Epidemien von Zittern, choreiformen Zuckungen, Schreibkrämpfen, Krampfanfällen usw. in Schulen, Pensionaten, Klöstern) zeitigen.

In einzelnen Fällen ist eine Entscheidung darüber, ob der Vorbedingung eine nur vorbereitende oder endgültig auslösende Wirkung zukommt, schon um deswillen schwer, weil ein fließender Übergang besteht. Daß ein reziprokes Verhältnis zwischen der völlig unfaßbaren Fähigkeit des Individuums, hysterisch zu reagieren, und der Stärke der auslösenden Schädlichkeit besteht, ist ersichtlich; hysterische Persönlichkeiten beantworten schon Reize, die bei anderen wirkungslos sind, mit hysterischen Symptomenkomplexen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptomatologie.

Die hysterische Störung ist auf eine in letzter Instanz unerklärliche Fähigkeit des Individuums zurückzuführen, eine im stillen vielleicht gewünschte oder befürchtete Änderung in körperlicher oder geistiger Hinsicht mehr oder weniger zur Tatsache werden zu lassen. Psychische Prozesse lösen sie nicht nur aus, sondern geben ihr auch oft Form und Inhalt und bestimmen ihren Ablauf.

Der Hysteriker erhält einen Stoß gegen seinen rechten Arm. Die anfänglichen Schmerzen lassen ihn befürchten, er werde niemals wieder seinen Arm gebrauchen können, und diese Vorstellung oder Befürchtung setzt sich in eine funktionelle Lähmung des rechten Arms um, zu der sich, da für den Kranken Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen gleichwertig sind, eine ebenso bedingte Anästhesie hinzugesellt. Diese erstreckt sich, entsprechend der laienhaften Vorstellung des Kranken, auf den ganzen Arm und schneidet scharf in der Gegend ab, in der sich der Oberarm an den Rumpf ansetzt. Ein anderer Verletzter hört, daß der Arzt nicht ohne Besorgnis von einer Gehirnerschütterung oder Rückenmarksquetschung, wenn auch nur vermutungsweise, spricht. Aber das genügt; und es stellen sich bei dem Kranken entsprechend seiner Gestaltungskraft solche Symptomenkomplexe ein, wie er sie als Folgezustände des vom Arzt angenommenen Leidens erwartet. Schon die bloße klinische Untersuchung kann das Krankheitsbild erweitern. Der Kranke erfährt, daß noch diese oder jene Störungen bei ihm vorkommen könnten, und es wird das Wirklichkeit, was der Untersucher nur erwartet hat. Daß oft genug aus der Eigenart des Symptomenkomplexes die Art der vorherigen Untersuchungen erkannt, das früher von ihm besuchte Krankenhaus diagnostiziert werden kann, liegt auf der Hand. Wohlgemeinte Ratschläge anderer, herzliches Beileid der nächsten Familienangehörigen können das Krankheitsbild festigen. Ein Kranker kann in einem hysterischen Symptomenkomplex ein nicht psychogenes, geheiltes Leiden beibehalten oder wiederholen oder eine Krankheit anderer nachahmen. Der Untersuchungsgefangene sieht sich überführt. Eine Rettung erblickt er nur noch in einer Geistesstörung, die ihn aus der von ihm peinlich empfundenen Lage hinaushebt und zudem noch seine Zurechnungsfähigkeit in Frage stellt, also ihn vielleicht vor Bestrafung bewahrt; nicht zu Unrecht spricht man daher von einer „Flucht in die Krankheit". Der Gefangene bietet das vor allem für lange Zeit am leichtesten nachzuahmende Bild einer Demenz, und zwar einer Demenz, wie er sie sich als Laie vorstellt.

Gerade der Mangel an Sachkenntnis erklärt es, daß hysterische Symptome eine Vernachlässigung der Gesetze der Anatomie (gleichseitige Hemiplegie bei einer Schädelverletzung oder auch nur oberflächlichen Kopfverletzung auf einer Seite) und der Physiologie (röhrenförmiges Gesichtsfeld) erkennen lassen. Mit derselben Naivität werden Symptome gezeitigt, die unserer neurologischen Erfahrung stracks zuwider laufen; hysterische Sensibilitätsstörungen entsprechen in ihrer Ausbreitung weder dem Verlauf der Nerven noch ihrem zentralen Ursprung, sondern einer populären Auffassung, sind also beispielsweise manschetten- oder handschuhfingerförmig. Dieselbe kindliche Auffassung schaltet beim Hemiplegiker die Sinnesorgane der gelähmten Seite aus. Dieses Verhalten der hysterischen Störungen läßt es begreiflich erscheinen, daß der Laie sie als Einbildung, der begutachtende Arzt als Simulation aufzufassen gar zu leicht geneigt ist.

Aus obigen Ausführungen, die mit Absicht etwas zu schematisch gehalten sind, ergibt sich, daß die Eigenart des Individuums auf die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gestaltung des hysterischen Symptomenkomplexes bestimmend einwirkt; je mehr der Kranke untersucht wird, je mehr er Gelegenheit hat, zu beobachten, desto reichhaltiger wird die Symptomenreihe. Damit wird auch die unendliche Mannigfaltigkeit der hysterischen Symptome erklärlich, die erschöpfend aufzuzählen unmöglich ist; und wenn dennoch bestimmte Symptomenkomplexe immer wiederkehren, so ist daran neben der Wirkung der Nachahmung und dem unwillkürlichen Einfluß ärztlicher Untersuchungen vor allem die Gleichartigkeit medizinischer Anschauungen im Volke Schuld. Um so eher genügen hier grundsätzliche Bemerkungen.

Die übliche Trennung der hysterischen Symptome in körperliche und geistige ist nur dann gestattet, wenn nicht außer acht gelassen wird, daß auch die ersteren eigentlich nur psychische Symptome sind.

Die **körperlichen** Symptome (Stigmata) bestehen in natürlich nur funktionellen Ausfalls- oder Reizerscheinungen auf motorischen, sensiblen, sensorischen oder vasomotorischen Gebieten.

Die Lähmung kann ein einzelnes Glied oder einen Abschnitt von ihm (eine Hand) betreffen oder hemi- oder paraplegisch sein. Eine Lähmung macht sich oft nur geltend, wenn die Muskeln eine ganz bestimmte Aufgabe lösen sollen (Unfähigkeit zu gehen oder zu stehen — Astasie und Abasie — bei guter Motilität in Rückenlage, Mutismus, Aphonie, Schlucklähmung). Die Lähmung kann eine schlaffe oder spastische sein. Kontrakturen, die immer ein willkürlich nachzuahmendes Bild bieten, betreffen oft nur ein Gelenk. Zuckungen können Chorea oder Tic nachahmen oder einen Tremor erzeugen, der bald auf ein Glied oder einen einzelnen Abschnitt eines Gliedes sich beschränkt, bald den ganzen Körper ergreift. Motorische Reizerscheinungen beherrschen vor allem das Bild des **hysterischen Krampfanfalles,** der durchaus nicht so gesetzmäßig verläuft wie der typische epileptische Anfall. Daher ist es auch nicht angängig, verschiedene Stadien in seinem Verlauf zu unterscheiden. Der unbeeinflußte hysterische Anfall verläuft vielmehr bald so, bald so; und das nicht Gesetzmäßige bildet eher die Regel. Der Kranke fühlt einen Anfall kommen (Angst, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Zittern), der in der Mehrzahl der Fälle von außen ausgelöst wird (ärztliche Visite). Die Zuckungen sind ganz unregelmäßig; tonische und klonische wechseln miteinander ab. Bewegungen folgen, die einen bestimmten Zweck erkennen oder vermuten lassen (Stoßen, Schlagen, Schwimmen), oder Zuckungen rhythmischen Charakters werden bevorzugt. Sie zeigen alle mehr oder weniger einen willkürlichen Charakter, oft ein theatralisches Gepräge (Schleuderbewegungen des Körpers, Verzerrung des Gesichts, Klettern, Purzelbäume, Lach- oder Weinkrämpfe). Niemals bringen sie den Kranken in ernste Gefahr. Das Bewußtsein ist dabei selten tief gestört; der Kranke, der sich in seinen Krämpfen windet, erfaßt die Begebenheiten in seiner Umgebung, läßt sich sogar beeinflussen. Nach dem Anfall ist er nicht erschöpft oder schlafsüchtig, vielmehr sofort munter, orientiert oder gar arbeitsfähig. Sehr häufig sind die Anfälle nur rudimentär und beschränken sich auf Lach- und Weinkrämpfe, Schreien, Herzklopfen, Tachypnoe, Husten, Niesen, Zittern, Ohnmachten. Bei der Erörterung der Differentialdiagnose des epileptischen und hysterischen Anfalls (s. S. 329) werden noch weitere Einzelheiten besprochen.

Sensible Ausfallserscheinungen verraten ihre hysterische Natur vor allem durch ihre sonst nie wiederzufindende Abgrenzung; sie schneiden zirkelförmig an den Gliedern oder scharf in der Mittellinie bei hemiplegischen Störungen ab oder stellen bestimmte Figuren (kappen-, halbwestenförmig) dar, oder sie sind unregelmäßig fleckweise über die Körperoberfläche verstreut. Vielfach sind alle Qualitäten gleichmäßig betroffen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ohne daß die Funktion des Gliedes eine entsprechende Einbuße erleidet. In erster Linie leidet die Schmerzempfindung. Das Verhalten der Sensibilitätsstörungen, wie überhaupt aller hysterischen Symptome — der völlig gelähmte Kranke kann binnen kurzem seine volle Bewegungsfreiheit haben! — kann bei ihrer völligen Unberechenbarkeit ungemein schwanken, aber ebenso hartnäckig sein. Unter den sensiblen Reizerscheinungen spielte früher der Globus hystericus (Gefühl einer Kugel im Halse, die oft auch auf- und absteigt) eine große Rolle, nicht minder der Clavus (ein Druck oder bohrender und stechender Schmerz auf der Höhe des Scheitels). Ebenso legte früher die Untersuchung großen Wert auf die Druckempfindlichkeit bestimmter Punkte der Körperoberfläche (sog. Ovarie, die mit den Ovarien nichts zu tun hat). Von großer, vor allem praktischer Bedeutung sind die Schmerzen, die Neuralgien gleichen können. Das Fehlen typischer, dem Verlauf der Nerven entsprechender Druckpunkte, die häufige Doppelseitigkeit der Schmerzen und ihre Abhängigkeit von „Stimmungen" und äußeren Anlässen, das Mißverhältnis zwischen Verhalten des Kranken und der vermeintlichen Größe der Schmerzen lassen ihre funktionelle Natur erkennen. Schmerzen, die bei Bewegungen sich einstellen, können den Kranken veranlassen, jede Bewegung zu vermeiden (Akinesia algera).

Was die Sinnesorgane angeht, so ist zu erwähnen die konzentrische und die röhrenförmige Gesichtsfeldeinengung, die Störung der Farbenempfindung, die Blindheit, die Taubheit sowie die Aufhebung der Geruchs- und Geschmacksempfindung. Scheinbar widerspruchsvolles Verhalten des Kranken (der Blinde bewegt sich sicher und stößt nicht an, der Taube setzt eine ihm vorgesungene Melodie, die ihn interessiert oder überrascht, fort) beweisen die psychogene Natur der Störung.

Die Reflexe können gestört sein. Die Sehnenreflexe können leicht auslösbar, sogar gesteigert sein, oder es besteht ein oft erst nach längerer Zeit sich erschöpfender Fuß- oder Patellarklonus; niemals findet sich der Babinskische oder Oppenheimsche Reflex. Die Schleimhautreflexe (Hornhaut- und Rachenreflexe), auch die Hautreflexe (Bauchdeckenreflexe) können abgeschwächt sein oder fehlen, auch wenn die Reizzone nicht anästhetisch ist. Vasomotorische und sekretorische Störungen spielen im Vergleich zu den bisher erwähnten Symptomen eine geringe Rolle. Es genügt, hier auf das häufig beobachtete Ödem, das bald akut, bald chronisch ist und meist mit Sensibilitätsstörungen einhergeht, hinzuweisen, oder auf das Nachröten und Nachblassen der Haut, lokale Asphyxie, Schweißausbrüche.

In der Einleitung ist betont worden, daß es ratsam ist, die Anwendung des Wortes Hysterie auf die Fälle zu beschränken, in denen bei von Haus aus durch den hysterischen Charakter gekennzeichneten Personen hysterische Erscheinungen auftreten. Der **hysterische Charakter** stellt also gewissermaßen den Nährboden dar, dem die hysterischen Symptomenkomplexe mit besonderer Leichtigkeit, Schnelligkeit, Reichhaltigkeit und Nachhaltigkeit und in ausgeprägter Form, oft in einer inneren Beziehung zu der Persönlichkeit des Kranken, entsprießen. Der hysterische Charakter ist nicht etwa das Ergebnis der sich summierenden schädigenden Einwirkungen zahlreicher hysterischer Störungen wie beim epileptischen Charakter. Bei demselben Individuum kann sich der hysterische Charakter zu verschiedenen Zeiten in Art und Stärke verschieden geltend machen.

Bei dem hysterischen Charakter findet sich vor allem eine erhöhte Gefühlserregbarkeit. Gefühlsausbrüche treten schon bei geringen Reizen ein und zeigen eine sachlich nicht gerechtfertigte Heftigkeit. So schnell sie entstehen, so schnell klingen sie oft ab. Meist sind sie recht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oberflächlich; zuweilen treten sie verspätet auf. Oft zeigt die affektive Reaktion einen perversen Charakter. Der dadurch bedingte starke Stimmungswechsel läßt die Kranken reizbar, launenhaft und unberechenbar erscheinen. Es fehlt ihnen die Einheitlichkeit und Stetigkeit in ihrem Fühlen und Handeln, die Liebe zu ernster, entsagungsvoller Arbeit. Sehr schnell begeistern sie sich dank ihrer ungemein großen Beeinflußbarkeit für eine neue Idee oder Tätigkeit, bringen ihr das größte Interesse entgegen, opfern sich geradezu für sie auf, um ebenso schnell zu erlahmen; und über kurz oder lang beginnt das Spiel von neuem. Neben der erhöhten Bestimmbarkeit findet sich ein oft nicht minder ausgesprochener Eigensinn, der sie zähe an dem festhalten läßt, was sie sich in den Kopf gesetzt haben. Gutes Wissen, vielseitiges Interesse, eine wenn auch nur einseitige Begabung, geistige Regsamkeit, formale Gewandtheit verbinden sich mit einer oberflächlichen Auffassung und einer nicht immer guten Kritik, sogar Leichtgläubigkeit. Ihr Urteil und ihre ganze Stellungnahme ist abhängig von Stimmungen und Neigungen, von augenblicklichen Eindrücken und Eingebungen, besonders solchen, die in ihnen selbst entstanden sind. Der Mangel an Objektivität macht sich infolgedessen vielfach gerade in dem geltend, was ihre eigene Person betrifft. Eine reiche Phantasie erschwert es ihnen, Wahrheit und Dichtung zu unterscheiden; nicht nur, daß sie Situationen und Abenteuer (sexueller Überfall!), in denen sie selbst eine Rolle spielen, erfinden, glauben sie oft wirklich selbst an ihre Echtheit (Pathologische Lüge). Ihre Selbstsucht und Selbstüberschätzung verleitet sie, sich in den Mittelpunkt zu drängen; sie verlangen von anderen zum mindesten beachtet zu werden, fühlen sich daher leicht zurückgesetzt. Sie beschäftigen sich ungemein viel mit ihrer eigenen Person und ihrem Wohlbefinden. Mit peinlichster Genauigkeit beobachten sie sich, berichten über ihre eigenen mannigfachen, vielfach wechselnden Beschwerden, die sie mit plastischer Anschaulichkeit, unter Bevorzugung von Superlativen, nicht ohne ein Gefühl des Stolzes oder der Genugtuung oder des Mitleids mit der eigenen Person, vorbringen. Die Größe und „Massigkeit" der Beschwerden entspricht nur selten dem Verhalten der Kranken. Sie schrecken nicht vor bewußter Lüge zurück (künstliche Geschwüre — eine meiner Patientinnen schied in ihrem Urin Blut aus, das sich bei der Untersuchung nach Uhlenhuth als Schweineblut herausstellte). Das ernste Bestreben, zu gesunden, fehlt trotz der Konsultation zahlloser Ärzte und Kurpfuscher; daher die große Zahl von Spitalsbrüdern (Morbus nosocomialis) unter den hysterischen Persönlichkeiten. Alles das läßt es erklärlich erscheinen, daß sie von denen, mit denen sie Tag für Tag zusammenleben, ungleich ungünstiger beurteilt werden als von Fernstehenden.

So etwa stellt sich der hysterische Charakter dar, in dem wir viele, dem Kinde eigentümliche Züge in Permanenz erklärt oder verzerrt wiederfinden.

Schließlich sind noch die **psychischen Symptome** zu besprechen oder, richtiger gesagt, da alle hysterischen Symptomenkomplexe eigentlich psychische sind, die **hysterischen Psychosen** im engeren Sinne. Auch hier wieder ist hervorzuheben, daß ihre Zahl und Art recht mannigfaltig ist; eine erschöpfende Schilderung von ihnen zu geben, ist auch deshalb unmöglich, weil ihre verschiedenen Formen sich nicht scharf voneinander abgrenzen lassen, vielmehr ineinander übergehen und im buntesten Wechsel aufeinander folgen können. Aber sie sind alle durch ihren psychogenen Charakter gekennzeichnet. Eine bestimmte, vor allem mißliche Situation kann die Psychose auslösen, die mit Beseitigung der Situation

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wieder verschwindet („Situationspsychose", Siemerling, F. Stern). Auch inhaltlich lassen die einzelnen psychischen Störungen eine innige Beziehung zu dem sonstigen Geistesleben der Kranken erkennen (halluziniertes Wiedererleben oder Fortführen der ursächlich belangvollen Situation).

Die hysterischen Psychosen lassen sich in zwei große Gruppen einteilen, je nachdem, ob die Affektstörung oder die Bewußtseinstrübung überwiegt. Man kann von krankhaften Affektausbrüchen sprechen, sei es nach der manischen oder depressiven Seite, von einfachen Lach- und Weinkrämpfen bis zu ausgesprochen psychotischen Zuständen. Der Kranke ist ängstlich erregt, verzagt und verzweifelt, jammert und klagt in übertriebener Weise und in bilderreicher Sprache, quält sich mit Selbstanschuldigungen und Selbstvorwürfen, leidet an Herzklopfen, Oppressionsgefühlen, an einer inneren triebartigen Unruhe (Raptus hystericus). Selbstmordversuche können hinzukommen; doch sind diese im allgemeinen nicht allzu ernst zu bewerten, da sie wie alle hysterischen Züge durch Effekthascherei ausgezeichnet sind. Auf der anderen Seite findet man eine tobsüchtige Erregung. Der Kranke ist zornmütig erregt, gereizt, geradezu explosibel empfindlich, brüllt, schreit, tritt, schlägt und beißt, zerstört sinnlos, greift sich und seine Umgebung an (Furor hystericus). Ist der Kranke sich selbst überlassen, so schwindet der Erregungszustand, der nicht selten durch Alkohol ausgelöst ist (pathologischer Rausch, s. S. 269), am schnellsten. Selten sind rein manische Verstimmungszustände. Häufiger bietet der Kranke das Bild alberner, läppischer Erregung. Er ahmt dann in Sprache, Schrift, Benehmen, in seinem ganzen Gebaren das unerzogene und ungezogene Kind nach, schwätzt sinnlos, schnippisch, spricht von sich in der dritten Person, redet alle Welt mit „Du" an (Moria, Fürstner; puérilisme), ein Verhalten, das angesichts der nahen Beziehungen zwischen dem Charakter des Kindes und der hysterischen Veranlagung nicht sonderlich auffallen kann.

Die durch Störung des Bewußtseins charakterisierten Zustände lassen sich einteilen in Schlafzustände, Dämmerzustände und Delirien.

Der Kranke verfällt, um mit den Schlafzuständen zu beginnen, plötzlich oder allmählich unter dem Gefühl von Mattigkeit, Kopfschmerzen, Kribbeln in einen Schlaf. Das Gesicht wird ausdruckslos, der Blick starr; die Glieder sind schlaff oder starr, zuweilen mit der Eigenschaft der flexibilitas cerea; die Atmung ist oberflächlich. Die Pupillen sind selten verengt wie im normalen Schlaf, vielmehr von normaler Weite oder erweitert und reagieren prompt. Die Augenlider zittern; einzelne Muskeln zucken. Eine gewisse psychische Tätigkeit ist vorhanden. Der Kranke ist nicht unrein, meldet sich vielmehr und benutzt geschickt das Stechbecken. Sondenernährung ist nicht nötig, da der Kranke sich leicht füttern läßt oder regelmäßig zu den Mahlzeiten erwacht, vielleicht sogar heimlichißt. Er zeigt lebhaftes Gebärdenspiel; unbequeme Stellungen werden vermieden. Die Dauer der Schlafzustände schwankt zwischen Bruchteilen einer Stunde bis zu Tagen, Wochen, ja Monaten. Normaler Schlaf mit tiefem Schnarchen kann sich einschieben. Der Kranke erwacht plötzlich, vielleicht auf einen besonderen Eingriff, oder allmählich.

Die Dämmerzustände bieten ein sehr verschiedenartiges Bild, je nach dem Grade der Trübung des Bewußtseins. Der Kranke kann nur traumhaft benommen sein. Bei oberflächlicher Betrachtung erscheint er nicht sonderlich verändert, ist aber doch unaufmerksam, scheu, zerstreut. Er vermag sachgemäß und geordnet zu handeln

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und gleichzeitig zwecklose und unsinnige Handlungen, sogar solche kriminellen Charakters (Diebstahl) zu begehen. Nicht selten führt er unvermutet eine größere Wanderung oder Reise aus, an die er schon in gesunden Tagen gedacht haben kann, die aber jetzt ohne verständige Überlegung, ohne hinreichende Vorbereitung oder ausreichende Begründung unternommen wird.

Ähnliche Zustände können sich in den normalen Schlaf einschieben. Der Kranke verläßt dann das Bett, geht umher, weicht Hindernissen aus, führt auffällige und ungewöhnliche Handlungen aus, läßt sich durch Anrufen zuweilen für eine Weile erwecken, ist vielleicht vorübergehend erregt und legt sich schließlich zu Bett, ohne daß er beim Erwachen sich des Vorgefallenen erinnern kann (Somnambulismus).

Ist die Benommenheit sehr tief, so liegt der Kranke völlig teilnahmlos da, ohne jede Verbindung mit der Außenwelt, völlig unzugänglich für alle Reize (hysterischer Stupor).

Eine besondere Beachtung haben die von Ganser zuerst beschriebenen Dämmerzustände ungewöhnlicher Art gefunden. Die Kranken sind trotz guten Sprachschatzes nicht in der Lage, die einfachsten Fragen zu beantworten; sie verraten einen völligen Mangel an Kenntnissen, die sie sicher gehabt haben müssen. Sie lassen in der Art ihrer Antwort, so unsinnig sie auch lautet, doch erkennen, daß sie den Sinn der Frage erfaßt haben. (Wie alt?) 63, in Wirklichkeit 36 Jahre; der Kranke ist geboren im Jahre 17384 vor Christi Geburt. Er hat drei Ohren und zwei Nasen. $7 \times 2 = 41$. Das Zehnmarkstück hat mehr Wert als das Zwanzigmarkstück, weil es größer ist. Der Schnee ist schwarz. Der große und der kleine Zeiger der Taschenuhr werden verwechselt; ein Bleistift wird als Spazierstock bezeichnet. Die Kranken erwecken durch ihr „Vorbeireden" den Eindruck der Simulation, um so mehr, als derartige Zustände mit besonderer Vorliebe — aber nicht ausschließlich! — in der Haft und vor allem in der Untersuchungshaft auftreten. Vielfach ist die Erinnerung an die Ereignisse aus der Vergangenheit, besonders die den Kranken belastenden, verschwunden. Diese Störung tritt meist plötzlich auf, manchmal eingeleitet durch eine mit Sinnestäuschungen verbundene Erregung, und klingt nach Tagen, Wochen, oft auch erst nach Monaten ab. Fast immer besteht eine verschieden starke Erinnerungslücke für den Krankheitszustand, die sich auch in die gesunde Zeit, zuweilen nur auf bestimmt geartete Ereignisse in der Vergangenheit, erstrecken kann. Nur selten fehlen hysterische Stigmata, insbesondere Analgesie.

In naher Beziehung hierzu stehen die Zustände von psychogener Pseudodemenz (Bonhoeffer, Stertz), bei denen die Bewußtseinstrübung nur gering und das Vorbeireden weniger ausgesprochen sein kann. Aber auch hier besteht ein oft vollkommener Ausfall aller Schulkenntnisse und Lebenserfahrungen. Der Kranke, der sich sehr lange auf Antworten besinnen muß, hat selbst ein Gefühl für seine Störungen und klagt über Gedächtnisschwäche und leichte Ermüdbarkeit.

Vereinzelte Sinnestäuschungen, vor allem des Gesichts und des Gehörs, oft von sinnlicher Lebhaftigkeit, sind bei den bisher erwähnten Zuständen nicht selten. Meist sind sie schreckhafter oder ängstlicher Natur (Gespenster, Leichen, Särge, Skelette, abenteuerliche Gestalten; Erscheinungen dessen, mit dem der Kranke gerade verfeindet ist), seltener angenehmen oder religiösen Inhalts. Mit besonderer Vorliebe stellen sie sich bei Beginn des Schlafes ein. Sie können aber auch in großer Zahl und Mannigfaltigkeit auftreten und das Krankheitsbild beherrschen, den Kranken seiner Orientierung über seine Umgebung berauben, so daß man von Delirien sprechen kann. Der Kranke erlebt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vollständige Szenen, ein Erlebnis, das er selbst bereits gehabt hat, das vielleicht seine Krankheit ausgelöst hat (Verführung) oder von dem er mit lebhafter Anteilnahme (Eisenbahnunfall) gehört hat (Erinnerungsdelir) oder eine Situation, die er schon längst herbeigesehnt hat (Wunschdelir). An die Echtheit einer solchen Szene kann der Kranke auch noch nach Abklingen des Delirs glauben. Zuweilen macht der Kranke Zustände einer religiösen Ekstase mit himmlischen Visionen durch; meist aber handelt es sich um ängstigende Erlebnisse. Zuweilen wird die eigene Persönlichkeit des Kranken in dem Delir verändert; er glaubt, wieder Kind oder in ein Tier verwandelt zu sein (Verwandlungsdelir).

Zustände der verschiedensten Art können in mannigfachster Weise vereinigt werden und so, vor allem auch wegen ihres raschen und regellosen Wechsels, recht bunte Krankheitsbilder erzeugen, zumal sich noch Phasen paranoider Färbung, meist im Sinne der Beeinträchtigung (Eifersucht), einschieben können. Hysterische Krampfanfälle, die oft die psychische Störung einleiten, können sich schließlich auch noch in ihrem Verlauf wiederholen.

Diagnose.

Die Erkennung des hysterischen Charakters hat mit der Schwierigkeit zu rechnen, daß ähnliche Züge sich begreiflicherweise auch bei anderen Degenerierten, vor allem den Epileptoiden und bei der Pseudologia phantastica, finden. Um so größerer Nachdruck muß auf den Nachweis einer gesteigerten Affektlabilität, einer krankhaft erhöhten Suggestibilität und einer ungewöhnlichen Fähigkeit, Vorstellungen in körperliche Störungen umzusetzen, gelegt werden.

Eine zutreffende Deutung der körperlichen und geistigen Zustandsbilder hat zwei grundsätzliche Schwierigkeiten zu überwinden. Einmal vermag der hysterische Symptomenkomplex mehr oder weniger geschickt wohl fast alle Krankheitsbilder, und nicht nur auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie, nachzuahmen; auf der anderen Seite können sich psychogene Störungen zu anderweitig bedingten Krankheiten, auch organischen, hinzugesellen. Den körperlichen Stigmata kommt nicht die entscheidende Bedeutung zu, die ihnen früher vielfach zugemessen wurde; und ihr Wert sinkt natürlich um so mehr, je weniger auf sie gefahndet wird.

Von entscheidender Bedeutung ist der Nachweis solcher Symptome, die mit Sicherheit eine organische Grundlage der Störung beweisen; denn eine pathologische Anatomie der hysterischen Störungen kann es natürlich nicht geben, höchstens insofern, als man bei ihnen die Veränderungen findet wie bei psychischen Geschehnissen schlechtweg. Der Befund einer reflektorischen Pupillenstarre, einer Stauungspapille, des Babinskischen Reflexes ist ein untrügliches Zeichen, daß ein organisches Leiden des Zentralnervensystems vorliegt; und die bisher als „nur hysterisch“ aufgefaßten Störungen sind alsdann entweder die falsch gedeuteten Symptome eines destruktiven Prozesses oder psychogene Störungen, die diesen aufgepfropft oder, richtiger gesagt, durch sie ausgelöst sind. Daraus ergibt sich als erste diagnostische Regel, daß die Annahme hysterischer Störungen eine eingehende körperliche Untersuchung voraussetzt, um mit Sicherheit eine organische Affektion ausschließen zu können.

Nach dieser negativen Beweisführung muß auch in positiver Weise der Beweis erbracht werden und zwar durch den Nachweis der psychogenen Natur (Auslösung durch eine gemütliche Erregung;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erhebliche Beeinflußbarkeit; rascher Wechsel der Erscheinungen, zuweilen aber auch starres Festhalten an denselben Symptomen; Mißverhältnis zwischen Stärke der Störung auf der einen, objektivem Befund und Verhalten des Kranken auf der anderen Seite; Eindruck des Simulierens; Möglichkeit, die Störung willkürlich nachzuahmen). Die Diagnose wird leichter, wenn schon früher zweifellos hysterische Störungen, vielleicht unter denselben Bedingungen, bestanden haben oder wenn der Kranke eine von Geburt an hysterische Persönlichkeit ist.

Einen breiten Raum bei der Erörterung der Diagnose nimmt naturgemäß die Besprechung des Unterschiedes zwischen den hysterischen und epileptischen Anfällen ein. Der charakteristische epileptische Anfall ist kaum zu verwechseln mit dem ausgesprochen hysterischen Anfall. Beim epileptischen Anfall eine Aura, der jähe Aufschrei des Kranken, der rücksichtslos hinstürzt; kurz anhaltende tonische, länger dauernde klonische Zuckungen; eine Cyanose, die die ursprüngliche Blässe abgelöst hat; dann Sopor, Schlaf, oft untermischt mit psychischen Störungen, Erwachen nach längerer Zeit mit den mannigfachsten Zeichen tiefer Erschöpfung. Bei den hysterischen Krampfanfällen zwar auch eine Aura, die es aber dem Kranken ermöglicht, sich auf den Anfall vorzubereiten; kein jäher Schrei; tonische und klonische Zuckungen in ganz unregelmäßiger Reihenfolge, oft von rhythmischem Charakter oder eine Zweckbewegung nachahmend; normale Hautfarbe oder eine Verfärbung, die der Körperanstrengung entspricht; nachher kein Schlaf, keine Erschöpfung — der Kranke kann vielmehr auch nach dem schwersten Anfall sofort wieder seine Arbeit aufnehmen.

Mit Recht hat man auf die absolute Bewußtlosigkeit im epileptischen Anfalle Wert gelegt: auf ein Erlöschen des Hornhautreflexes, vollständige Schmerzunempfindlichkeit, auch gegenüber schweren Verletzungen, Unmöglichkeit der Beeinflussung und totale Amnesie. Beim hysterischen Anfall ist das Bewußtsein nie völlig aufgehoben, sondern nur eingeengt; daher kann der Hornhautreflex auslösbar, die Reaktion auf Schmerzeindrücke erhalten sein. Auch während des Anfalles ist der Kranke für Reize zugänglich; nachher besteht eine nur relative Amnesie, die durch Hypnose oft beseitigt werden kann. Alle diese Merkmale können im Einzelfalle versagen. Der epileptische Anfall kann atypisch verlaufen, und der hysterische Anfall kann einen epileptischen Anfall sehr naturgetreu nachahmen. Immerhin muß aber betont werden, daß Verletzungen während des Anfalles, Zungenbisse, Inkontinenz, insbesondere Kotabgang gewöhnlich die epileptische Natur des Anfalls dartun. Anfälle, die nur oder vorzugsweise nachts auftreten, sind wahrscheinlich epileptische, Anfälle aber, die sich besonders nach bestimmten Anlässen (ärztliche Visite, klinische Vorstellung, gemütliche Erregung) einstellen, hysterische. Bei der kurzen Dauer des epileptischen Anfalls macht die längere Dauer eines Krampfanfalls dessen hysterische Natur wahrscheinlich. Früher wurde aus dem Fehlen der Pupillenreaktion mit Sicherheit auf die epileptische Natur des Krampfanfalls geschlossen. Indes lehren neuere Beobachtungen (Karplus, A. Westphal u. a.), daß auch während des hysterischen Anfalls die Pupillen reaktionslos sein können. So wenig wie beim epileptischen Anfall (s. S. 301) handelt es sich dann um eine reflektorische, sondern um eine totale Pupillenstarre (also Fehlen der Reaktion sowohl auf Lichteinfall wie Konvergenz und Akkommodation), die nicht auf eine Störung des Reflexbogens zurückzuführen, sondern als die „Folge abnormer Zustände der inneren Augenmuskeln“ (Hoche, Bumke) aufzufassen ist. Daraus ergibt sich, daß eine Pupillenstarre nicht zwingt, unter allen Umständen den Krampfanfall

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als einen epileptischen zu deuten, sondern in Ausnahmefällen mit der Annahme eines hysterischen Anfalls vereinbar ist, wenn alle anderen Merkmale nur in diesem Sinne zu verwerten sind. Freilich handelt es sich hierbei nur um Ausnahmen. Die Pupillenstarre gehört ebenso wie Inkontinenz, Zungenbisse, völlige Bewußtlosigkeit zu den Majoritätsmerkmalen des epileptischen Anfalls (Hoche). Um so größere Bedeutung hat der Babinskische Reflex, der mit einer von den einzelnen Autoren verschieden angegebenen, naturgemäß zahlenmäßig schwer festzustellenden Häufigkeit bei epileptischen Anfällen vorkommt und während ihres Verlaufs, öfter noch nach ihrem Abklingen, wenn auch nur einseitig und vorübergehend, nachzuweisen ist. Niemals findet sich der Babinskische Reflex bei hysterischen Anfällen[1]). Daher kann nach unserer bisherigen Erfahrung sein Nachweis im Zweifelsfalle als untrügliches Merkmal der epileptischen Natur des Krampfanfalles angesehen werden, während die Unmöglichkeit, ihn auszulösen, diagnostisch nicht zu verwerten ist.

Natürlich verdienen auch andere hysterische Merkmale oder sonstige Zeichen der Epilepsie herangezogen zu werden. Absenzen, kurzdauernde Schwindelanfälle, für die eine andere Ursache nicht nachzuweisen ist, sprechen für Epilepsie. Weniger eindeutig sind Stimmungsschwankungen.

Leidet der Kranke schon seit geraumer Zeit an Krampfanfällen, und haben diese trotz ihrer Häufigkeit keine Demenz, auch keine Charakterveränderung nach der schlechten Seite herbeigeführt, so ist in erster Linie mit hysterischen Störungen zu rechnen, die niemals zu einer intellektuellen Einbuße führen. Auf der anderen Seite darf aber nicht übersehen werden, daß auch Imbezille hysterisch erkranken können; die dann von vornherein bestehende Geistesschwäche darf nicht fälschlicherweise den Anfällen zur Last gelegt werden.

Die Differentialdiagnose der epileptischen und der hysterischen Krampfanfälle, die niemals einzelne Symptome — abgesehen vom positiven Babinski! — herausgreifen darf, sondern die Gesamtheit der Erscheinungen berücksichtigen muß, ist wegen ihrer großen praktischen Bedeutung so eingehend besprochen worden. Es muß aber noch darauf hingewiesen werden, daß die Aufgabe, so leicht sie in vielen Fällen ist, in einzelnen Fällen ebenso schwer, wenn nicht unlösbar sein kann, selbst dann, wenn eine längere klinische Beobachtung vorliegt. Ich verweise auf die bei der Epilepsie (S. 312) erwähnten „gehäuften kleinen Anfälle"! Der Versuch, an der Hand solcher Beobachtungen eine neue Krankheit, eine dritte Neurose, die Hystero-Epilepsie, die zwischen der Hysterie und der Epilepsie steht, zu schaffen, muß zurückgewiesen werden. **Epilepsie und Hysterie sind grundsätzlich auseinander zu halten!** Die Einführung einer Hystero-Epilepsie („unpassender Wärterausdruck" nach Möbius) dürfte wegen der Bequemlichkeit zu einer erschreckend häufigen Anwendung führen. Es ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß dasselbe Individuum an Epilepsie und Hysterie leiden kann. Es handelt sich aber dann um eine Kombination,

[1]) R. Hirschfeld und M. Lewandowsky haben in ihrer Arbeit „Der Eigenreflex der großen Zehe", Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Originalien Band XVI, 1913, Seite 232, auf eine sehr häufig übersehene Fehlerquelle bei der Prüfung des Babinki'schen Reflexes aufmerksam gemacht. Sie konnten bei einer großen Anzahl gesunder Personen eine Dorsalflexion der großen Zehe erzielen, wenn sie die Haut der großen Zehe und der benachbarten Gegend der Fußsohle reizten. Am erregbarsten erwies sich im allgemeinen die Haut an der Wurzel der großen Zehe und die laterale Fläche der große Zehe (also gegenüber der zweiten Zehe) in ihrem proximalen Teile. In allen diesen Fällen fiel der vorschriftsmäßig an der lateralen Seite der Fußsohle geprüfte Babinski negativ aus. Von einem Babinski darf man daher nur dann reden, wenn er durch Reizung des lateralen Fußrandes auszulösen ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meist derart, daß das ursprünglich epileptische Individuum später hysterische Erscheinungen bietet, aber nicht um eine Übergangsform, die es begrifflich nicht geben kann.

Für die Diagnose der hysterischen Seelenstörungen kommen, wie schon oben erwähnt ist, weniger die Stigmata, die sich zudem auch bei manchen nicht hysterischen Psychosen (Imbezillität, manisch-depressives Irresein, Schizophrenie, Paralyse) finden, in Betracht, als vielmehr die Merkmale der Psychogenie. Diese sind Ausbruch der Psychose im Anschluß an eine gemütliche Erregung; Wiederkehr der gleichen Symptome bei ähnlichen Gelegenheiten oder zu bestimmten Zeiten; leichte Beeinflußbarkeit und dadurch geschaffene Möglichkeit, auf Inhalt, Stärke und Ablauf der Störung einzuwirken; der regellose Wechsel der mannigfachen Zustände, nicht nur hinsichtlich der (exogen bedingten!) Stimmungsschwankungen, sondern auch der Bewußtseinsstörungen; die Anpassung an die jeweilige Umgebung und das Interesse für sie; die geringe Beeinträchtigung der vegetativen Funktionen; die nahen Beziehungen der Krankheitserscheinungen zum Wesen der Persönlichkeit in der anfallsfreien Zeit; das theatralische, Beachtung herausfordernde, an Simulation erinnernde Gebaren; schließlich das oft plötzliche Ende im Anschluß an bestimmte Maßnahmen.

Nie ist eine Intelligenzeinbuße als Folgezustand nachzuweisen, mag auch die Störung noch so lange anhalten, noch so oft sich wiederholen. Man hüte sich, einzelnen Zügen eine zu große Bedeutung beizulegen. Ein epileptischer Dämmerzustand, ein Anfall von manischer Erregung kann auch einmal durch eine psychische Einwirkung ausgelöst werden. Die Gesamtheit der Erscheinungen sowie die Art der Persönlichkeit sollen das Urteil leiten. Gewiß wird die Diagnose durch den Nachweis der hysterischen Persönlichkeit erleichtert; freilich darf hierbei nicht übersehen werden, daß ihre Charakterzüge sich, und zwar nicht nur vereinzelt, auch bei anderen psychopathischen Persönlichkeiten vorfinden. Die nahen Beziehungen des hysterischen Charakters zu anderen Degenerationszuständen, die manche Autoren ihre Trennung nicht ratsam erscheinen lassen, erklären hinreichend die Schwierigkeit der Scheidung der hysterischen von den degenerativen Psychosen, zwischen denen es fließende Übergänge gibt. Aber das hysterische Temperament ist vor allem gekennzeichnet durch die Fähigkeit, leicht und schnell psychische Prozesse in körperliche Zustände umzusetzen. Leichter ist es im allgemeinen, den hysterischen Charakter mit seiner affektiven Labilität, Eitelkeit, Selbstgefälligkeit und Suggestibilität von dem epileptischen Charakter mit der fast brutalen Reizbarkeit, Beschränktheit, Eigensinnigkeit und Pedanterie zu trennen.

Der Gansersche Symptomenkomplex kann zu leicht als Simulation aufgefaßt werden. Aber die Eigenart der Antworten, das sich stets gleich bleibende Verhalten der Kranken, die fast immer nachweisbare Analgesie, das Auftreten vereinzelter Sinnestäuschungen, der plötzliche Ausbruch der Störung und dazu in einem für das Individuum recht kritischen Augenblick und schließlich die Erinnerungslücke nach ihrem Abklingen sichern die Diagnose. Aber es ist zu beachten, daß das Vorbeireden nicht nur bei hysterischen Dämmerzuständen vorkommt. Es findet sich vor allem auch bei der Schizophrenie. Deren Beginn zeigt oft psychogene Züge. Die Differentialdiagnose zwischen hysterischen Störungen und der Schizophrenie, die auch in der Haft ausbrechen kann, gehört nicht selten zu den schwierigsten Aufgaben der Psychiatrie. Der akute Beginn der Psychose, die erhebliche Beeinflußbarkeit, das rege, an Neugier grenzende Interesse für die Umgebung, die Fähigkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der schnellen Orientierung, die Sorge für das eigene Wohl und die Befriedigung der leiblichen Bedürfnisse, das meist gute Allgemeinbefinden, die Vermeidung von Unbequemlichkeiten, der Nachweis etwaiger Stigmata in den freien Intervallen sprechen für eine hysterische Psychose, während hartnäckige Nahrungsverweigerung, Neigung zum Grimassieren, Speicheln, Schmieren, Stereotypien, Verbigeration, blindes Widerstreben gegen alle Eingriffe von außen für die Annahme einer Schizophrenie zu verwerten sind. Aber in nicht seltenen Fällen ermöglicht erst der endgültige Ausgang in die eigenartige Form der Demenz bei der Schizophrenie nachträglich die Entscheidung.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß in vereinzelten Fällen sogar die Scheidung einer langanhaltenden hysterischen Störung von der Paralyse Schwierigkeiten machen kann, die durch eine serologische Untersuchung freilich sofort gehoben werden.

Prognose.

Hysterische Erscheinungen sind ihrem Wesen nach grundsätzlich ausgleichbar und heilbar; wann freilich die Heilung eintritt, läßt sich im voraus nicht angeben. Auch in dieser Beziehung sind die hysterischen Störungen unberechenbar. Niemals führen sie zu einer Demenz. Die Gefahr des Rückfalls hängt von der Art der Persönlichkeit und ihrer äußeren Lage ab.

Therapie.

Hysterische Störungen bedürfen vor allem einer psychischen Behandlung. Die erste Voraussetzung ist festes Vertrauen des Kranken zum Arzt. Dieser muß Zeit und Geduld haben, den Kranken genau untersuchen, ihm Interesse und Wohlwollen entgegenbringen. Eine optimistische Auffassung der Sachlage empfiehlt sich, sofern keine Wechsel auf den Zeitpunkt der Heilung ausgestellt werden. Man vermeide, von Hysterie zu sprechen! Einer meiner Kranken strengte eine Beleidigungsklage gegen mich an, weil ich in meinem Gutachten diese Diagnose gestellt hatte! Es will eben keiner hysterisch, lieber „nervös" oder auch „psychogen" sein, weil das Volk mit der Hysterie den Vorwurf der Verstellung, der Schwächlichkeit oder sexueller Ausschweifung verbindet. Soll der Arzt die notwendige Macht über den Kranken haben, bedarf es meist seiner Entfernung aus der bisherigen Umgebung, sei es, weil dem Kranken falsches Mitleid entgegengebracht wird, sei es, weil man ihm in ebenso verständnisloser Weise Verstellung zum Vorwurf macht. Die Trennung genügt oft schon. Die Energie und das Selbstvertrauen des Kranken müssen gestärkt werden; er bedarf der Erziehung zu einer verständigen Lebensweise, die ihm am besten peinlichst genau vorgeschrieben wird, und zu ernster Arbeit. Nicht selten gelingt es dem Arzt, durch rein psychische Einwirkung die Störungen zu beseitigen. Meist aber bedarf es der, wenn auch nur suggestiven, Mitwirkung von Heilmitteln, der Anwendung von Elektrizität, von diätetischen und hydrotherapeutischen Maßnahmen. Nie greife man zum Morphium! Nie verordne man Alkohol! Gegenüber den anfallsweise auftretenden Störungen bewährt sich die „zweckbewußte Vernachlässigung" (BRUNS) sehr oft; Krampfzustände nehmen mit der Aufnahme der Kranken in die Klinik meist ab. Bei schlechtem Ernährungszustande hat die Mastkur mit völligem Abschluß von der Außenwelt oft große Erfolge. Der Heilwert der Hypnose wird sehr verschieden beurteilt. Die Ehe als Heilmittel zu verordnen, ist mehr als bedenklich. Ebenso ist im all-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemeinen von gynäkologischer Behandlung und erst recht von operativen Eingriffen — von der Beseitigung der Lageanomalien des Uterus bis zur Kastration — abzusehen.

Daraus ergibt sich, daß bei hysterischen Psychosen, sofern sie länger dauern, die Anstaltsbehandlung kaum zu umgehen ist.

Literatur.

Aschaffenburg, G., Die neueren Theorien der Hysterie. D. m. W. 33 1907, S. 1809.
Binswanger, O., Die Hysterie. Nothnagels Handbuch Bd. XII, 1. 1904.
Derselbe, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Mschr. f. Psych. 3 1898, S. 175.
Birnbaum, Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zschr. f. d. ges. Neurol. 1, 1910, S. 27; 7, 1911, S. 404.
Derselbe, Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. Allg. Zschr. f. Psych. 66, 1909, S. 19.
Derselbe, Die psychopathischen Verbrecher. Berlin 1914.
Bonhoeffer, Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände . . . vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Zschr. f. Psych. 68, 1911, S. 371; vgl. Diskussion ebenda S. 520.
Derselbe, Klin. Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.
Boettiger, Wahre und falsche Stigmata der Hysterie. Neurol. Cbl. 23, 1904, S. 131.
Bratz und Falkenberg, Hysterie und Epilepsie. Arch. f. Psych. 38, 1904, S. 500.
Breuer und Freud, Studien über Hysterie. Leipzig und Wien 1895.
Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. (2). Halle 1906.
Bumke, O., Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. (2). Jena 1911.
Derselbe, Über Pupillenstarre im hysterischen Anfall. M. m. W. 53, 1906, S. 741.
Cramer, A., Die Nervosität. Jena 1906.
Delbrück, Die pathologische Lüge. Stuttgart 1891.
Dornblüth, Die Psychoneurosen. Leipzig 1911.
Dubois, P., Die Psychoneurosen (2). Bern 1910.
Derselbe, Über die Definition der Hysterie. Korresp.-Bl. f. schweiz. Ärzte. 1911, Nr. 19, 30.
Freud, Bruchstück einer Hysterieanalyse. Mschr. f. Psych. 18, 1906, S. 285.
Derselbe, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 1906. Zweite Folge 1909.
Derselbe, Über Psychoanalyse 1910.
Friedländer, Hysterie und moderne Psychoanalyse. Psych. neurol. Wschr. 11, 1910, S. 393.
Fürstner, Über hysterische Geistesstörungen, Deutsche Klinik Bd. VI, 2, S. 155.
Derselbe, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych. 31, 1899, S. 627.
Ganser, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych. 30, 1898, S. 633 (vgl. ebenda 38, 1904, S. 34).
Gaspero, Hysterische Lähmungen, Berlin 1912.
Gaupp, Über den Begriff der Hysterie. Zschr. f. d. ges. Neurol. 5, 1911, S. 457. Vgl. M. m. W. 62, 1915, S. 361.
Greeff, Über das röhrenförm. Gesichtsfeld bei Hysterie. B. k. W. 29, 1902, S. 496.
Hellpach, W., Grundzüge einer Psychologie der Hysterie. Leipzig 1904. (vgl. Zbl. f. Nervhlk. 26, 1903, 737).
Henneberg, Über das Gansersche Symptom. Allg. Zschr. f. Psych. 61, 1904, S. 611.
Hermann, Über spätauftretende hyster. Anfälle bei Epilepsie. Mschr. f. Psych. 13, 1903, S. 24.
Hermkes, Über den Wert chirurg. Behandl. von Neurosen. Arch. f. Psych. 39, 1905, S. 53.
Hey, Das Gansersche Symptom. Berlin 1904.
Hoche, A., Die Differentialdiagn. zwischen Hysterie und Epilepsie. Berlin 1902. (Vgl. Arch. f. Psych. 36, 1903, S. 315).
Derselbe, Eine psychische Epidemie unter Ärzten. Med. Kl. 6, 1910, S. 1007.
Hitschmann, Freuds Neurosenlehre. 1911.
Jolly, Hysterie. Ziemssens Handbuch. 1875. (Vgl. Handb. d. prakt. Medic. 4, 1901.)
Isserlin, Die psychoanalyt. Methode Freuds. Zschr. f. d. ges. Neurol. Orig. 1, 1910, S. 52.
Jung, Die Hysterielehre Freuds. M. m. W. 53, 1906, S. 2301. (Vgl. Mschr. f. Psych. 23, 1908, S. 310).
Kaiser, Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie. Mschr. f. Psych. 11, 1902, S. 248.
Karplus, Über Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Jb. f. Psych. 17, 1898, S. 1.
Kausch, Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir. 17, 1907, S. 469.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

KRAEPELIN, Über Hysterie. Zschr. f. d. ges. Neurol. Orig. 18, 1913, S. 261.
KREHL, Über die Entstehung hyster. Erschein. Sammlung klin. Vortr. N. F. 330, 1902.
KOHNSTAMM, Zum Wesen der Hysterie. Die Ther. d. Gegenw. 52, 1911, S. 68. (Vgl. D. Zschr. f. Nervhlk. 43, 1912, S. 421. Ergebnisse der inneren Medizin 9, 1912, S. 371).
LEWANDOWSKY, M., Die Hysterie. Berlin 1914. (Literatur).
LÖWENFELD, L., Der hyster. Schlafzustand. Arch. f. Psych. 22, 1891, S. 715; 23, 1892, S. 41.
Derselbe, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1894.
MARGULIES, Zur Frage der Hystero-Epilepsie. Klinik f. psych. u. nervös. Krkht. 6, 1911, S. 158, 350.
MEYER, E., Die Beziehung der funktionellen Neurosen, speziell der Hysterie zu den Erkrankungen der weibl. Genitalorgane. Mschr. f. Geburtsh. 23, 1906, S. 1.
Derselbe, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.
Derselbe, Die Behandlung der Hysterie. D. m. W. 34, 1908, S. 1617.
MEYER, S., Die Diagnose der Hysterie. M. Kl. 6, 1910, S. 259. (Vgl. M. Kl. 5, 1909, S. 1471.)
Derselbe, Hysterietypen. Psych. Neurol. Wschr. 13, 1911, S. 15. (Vgl. Zschr. f. d. ges. Neurol. 5, 1911, S. 216.)
MÖBIUS, P. J., Neurol. Beiträge.
Derselbe, Akinesia algera. D. Zschr. f. Nervhlk. 1, 1891, S. 121.
MOELI, Über Hysterie. Allgem. Zschr. f. Psych. 58, 1901, S. 740.
NISSL, Hyster. Symptome bei einfachen Seelenstör. Zbl. f. Nervhlk. 25, 1902, S. 2. (Vgl. S. 174, 182).
OPPENHEIM, Tatsächl. und Hypothet. über das Wesen der Hysterie. B. k. W. 27, 1890, S. 553.
Derselbe, Zur Kenntnis der Schmerzen, besonders bei den Neurosen. D. Zschr. f. Nervhlk. 50, 1913, S. 246.
PELMAN, Psychische Grenzzustände. (3).
RAECKE, Über hyster. Schlafzustände. B. k. W. 41, 1904, S. 1323.
Derselbe, Hysterisches Irresein. B. kl. W. 44, 1907, S. 265. (Vgl. Arch. f. Psych. 40, 1905, S. 171). Neurol. Zbl. 21, 1902, S. 299.
Derselbe, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Allg. Zschr. f. Psych. 58, 1901, S, 409.
RAIMANN, Die hysterischen Geistesstörungen. 1904. (Literatur.)
REDLICH, Über ein eigenartiges Pupillenphänomen. D. m. W. 34, 1908, S. 313.
RIKLIN, Zur Psychologie hyst. Dämmerzustände . . . Psych. Neurol. Wschr. 6, 1904, S. 185, 193.
ROMBERG, Über Wesen und Behandlung der Hysterie. D. m. W. 36, 1910, S. 737.
SCHULTZE, E., Über hysterische Hemiplegie. D. m. W. 34, 1908, S. 544.
Derselbe, Traumatische Hysterie bei Epilepsie. M. K. 5, 1909, S. 1653, 1695.
SIEFERT, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907.
SKLIAR, N., Zum Wesen der Hysterie. Zschr. f. d. ges. Neurol. Orig. 10, 1912, S. 325. (Literatur.)
SOMMER, R., Diagnostik der Geisteskrankheiten (2). 1901, S. 281.
STEFFENS, Über Hystero-Epilepsie. Arch. f. Psych. 33, 1900, S. 892. 39, 1905, S. 1252.
STERN, F., Beiträge zur Klinik hyster. Situationspsychosen. Arch. f. Psych. 50, 1913, S. 640. (Vgl. Ärztl. Sachv. Zeitg. 18, 1912, S. 281.)
STERTZ, Über psychogene Erkrankungen ... Zschr. f. ärztl. Fortbild. 7, 1910. (Vgl. HAENISCH Mschr. f. Psych. 33, 1913, S. 439.)
STRÄUSSLER, Über Haftpsychosen. Zschr. f. d. ges. Neurol. 18, 1913, S. 547.
Derselbe, Beiträge zur Kenntn. des hyster. Dämmerzust. Jb. f. Psych. 32, 1911, S. 1. (Vgl. Zschr. f. d. ges. Neurol. 16, 1913, S. 441.)
STROHMAYER, Kinderhysterie. Zschr. f. d. ges. Neurol. 10, 1912, S. 599.
VOGT, O., Zur Psychopathol. der Hysterie. Neurol. Zbl. 17, 1898, S. 1111 (vgl. Zschr. f. Hypnot. Bd. 5 u. ff.).
VORSTER, Über hyster. Dämmerzustände . . . Mschr. f. Psych. 15, 1904, S. 161.
Voss, Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie. Jena 1909. (Literatur.)
Derselbe, Neuere Anschauungen über das Wesen der Hysterie. Berliner Klinik. Heft 294, 1912 (Literatur).
WALTHARD, Über die Bedeutung psychoneurol. Sympt. f. d. Gynäk. Zbl. f. Gyn. 36, 1912, S. 489.
WESTPHAL, Über Pupillenersch. bei Hysterie. B. k. W. 34, 1897, S. 1024. (Vgl. D. m. W. 33, 1907, S. 1080.)
Derselbe, Über hyster. Dämmerzustände. Neurol. Zbl. 22, 1903, S. 7, 64.
WILMANNS, K., Über Gefängnispsychosen. Halle 1908.
Derselbe, Die Psychopathien. Handb. d. Neurol. Bd. 5.
ZIEHEN, Hysterie in Eulenburgs Realencyclop. (4). 1909, Bd. 7, S. 89.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chorea.

Die genuine Chorea (SYDENHAM) ist gekennzeichnet durch schnell ablaufende, unwillkürliche Zuckungen, die in umschriebenen Gebieten beginnen, bald aber die gesamte Körpermuskulatur ergreifen. Daneben treten Koordinationsstörungen auf, die freilich nicht immer scharf von den Zuckungen zu trennen sind. Durch diese Störungen wird die Sprache der Kranken, ihre Haltung, ihre Fortbewegung, auch die Fingerfertigkeit beeinträchtigt. Daneben besteht oft Hypotonie, Abschwächung der Sehnenreflexe, geringe Spontaneität der Bewegungen und eine mangelhafte Ansprechbarkeit der Muskulatur für Bewegungsanregungen bis zur Akinesie. Die Chorea ist meist infektiösen Ursprungs und tritt vorwiegend in der Pubertät auf, mit Bevorzugung des weiblichen Geschlechts (3:1).

Leichtere psychische Störungen sind in fast jedem Fall von Chorea nachweisbar und zwar vorwiegend solche affektiver Natur. Der Kranke ist reizbar, launisch, schreckhaft, oft schon vor Auftreten der Muskelzuckungen, die daher leicht als Folge eines Schrecks aufgefaßt werden. Selten findet sich gehobene Stimmung mit Neigung zu Scherzen oder gleichgültiges, ablehnendes Verhalten. Sehr häufig sind Ausfallserscheinungen auf intellektuellem Gebiet nachzuweisen: der Kranke ist unaufmerksam, vergeßlich, leicht ermüdbar; das Versagen in der Schule kann den ersten Zuckungen vorausgehen. Psychische Störungen der letzten Art können übrigens auch die Zuckungen überdauern.

Außer diesen mehr elementaren Störungen finden sich auch ausgesprochene Psychosen bei Kranken mit Chorea; weibliche Kranke und solche höheren Alters sind hierbei anscheinend bevorzugt. Eine einheitliche oder charakteristische Choreapsychose gibt es nicht. Vielmehr kommen die verschiedensten Symptomenkomplexe vor, bei denen die oben erwähnten Symptome in verschiedener Stärke, Kombination und Reihenfolge nachzuweisen sind. Die Kranken sind ängstlich, ergehen sich in Selbstanklagen, äußern hypochondrische Sensationen, haben zahlreiche Gefühlstäuschungen. Bei anderen Kranken überwiegen optische Halluzinationen; sie sind örtlich, zeitlich desorientiert, benommen, machen den Eindruck von Deliranten. Dann wieder finden sich schwer zu entwirrende Krankheitsbilder mit Überwiegen der Motilitätsstörungen, die beim Abklingen durch einen Stupor, oft mit katatonischen Zügen, abgelöst werden können.

Ätiologie.

Infektionen spielen neben erblicher Belastung und psychopathischer Veranlagung die Hauptrolle. Das beweist das endemische Auftreten der Chorea, die Häufung der Krankheitsfälle im Frühling, die Häufigkeit, mit der Angina, Endocarditis, Gelenkrheumatismus (oft lange vor oder auch erst nach den Zuckungen) nachzuweisen sind, das begleitende Fieber. Die nahen Beziehungen zwischen Chorea und Gravidität sprechen auch für eine toxische Ätiologie.

Diese Ätiologie gilt im allgemeinen auch für die psychischen Störungen. Immerhin muß darauf hingewiesen werden, daß für deren Entwicklung auch die eigentliche Infektionskrankheit, die Erschöpfung durch die oft maßlosen Zuckungen sowie die Verabreichung von Narkotica ursächlich von Bedeutung sein können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnose.

Natürlich reicht der Nachweis von Zuckungen choreatischen Charakters bei einer psychischen Erkrankung nicht aus, um die Diagnose auf Seelenstörung bei Chorea zu stellen. Denn Muskelzuckungen derselben Art finden sich auch bei anderen Nervenkrankheiten, sowohl organischen (FRIEDREICH, HUNTINGTON), als auch bei funktionellen, vor allem bei hysterischen Störungen. Um so größere Vorsicht ist geboten, als gerade bei diesen ausgesprochene Psychosen sehr häufig sind. Hysterische Stigmata, sehr schnelle Entwicklung der choreatischen oder, richtiger gesagt, choreiformen Zuckungen von rhythmischem Charakter mit geringer Abwechslung und dauerndem Beschränktbleiben auf eine Körperhälfte machen eine durch einen hysterischen Symptomenkomplex vorgetäuschte Chorea wahrscheinlich, vor allem, wenn schon vorher hysterische Störungen nachzuweisen waren. Auftreten choreatischer Zuckungen nach einem Affekt ist nicht eindeutig. Massenhaftes Auftreten choreatischer Zuckungen bei Personen, die eng zusammenwohnen, spricht für deren hysterische Natur (Endemie in Schulen, Pensionaten), vor allem, wenn Infektionskrankheiten auszuschließen sind. Deren Symptome — also genaue körperliche Untersuchung! — müssen an echte Chorea denken lassen. Eine sichere Unterscheidung zwischen genuiner Chorea und den sie nachahmenden hysterischen Störungen kann im Einzelfall noch dadurch erschwert werden, daß eine Kombination der echten Chorea mit hysterischen Begleiterscheinungen nicht selten ist. Schließlich finden sich choreiforme Zuckungen auch bei anderen Psychosen, z. B. bei Hebephrenie, toxischen Delirien.

Nach der psychiatrischen Seite sei das Überwiegen der Stimmungsanomalien und die kurze Dauer (3—5 Monate) der psychischen Störungen bei Chorea hervorgehoben.

Prognose.

Sie ist im allgemeinen günstig, abgesehen von den ausgesprochenen Psychosen bei schwerer Chorea, bei denen die Gefahr einer Erschöpfung durch die Jaktationen und die erschwerte Nahrungszufuhr besteht.

Therapie.

Schon bei leichten Fällen unbedingte Bettruhe, eine, wenn auch nur optische Isolierung, Vermeidung jeder psychischen Beschäftigung, selbst der Unterredung. Medikamentös: Arsen (Gefahr einer Intoxikation: daher achten auf Zittern, Magendarmbeschwerden, Parästhesien, Paresen!) oder entsprechend der infektiösen Ätiologie, besonders wieder in neuerer Zeit empfohlen, Antipyrin, Aspirin, Salipyrin usw. Bei erheblichen psychischen Störungen ist Anstaltsbehandlung angezeigt.

Chronische progessive Chorea.

Grundsätzlich ist von der Chorea Sydenhami zu trennen die chronische, progressive, hereditäre Chorea, eine verhältnismäßig seltene, organische Erkrankung des Zentralnervensystems, zuerst genauer beschrieben von HUNTINGTON, nach dem sie auch benannt wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptomatologie.

Als wesentliche Merkmale hob HUNTINGTON hervor:

1. gleichartige Heredität,
2. die Neigung zum Wahnsinn mit auffällig häufiger Neigung zum Selbstmord und eine zunehmende Abnahme der Intelligenz.
3. das ausschließliche Befallenwerden von Erwachsenen.

Seine Schilderung trifft im wesentlichen auch heute noch zu. Gleichartige Heredität ist sehr oft nachweisbar. Wird eine ganze Generation verschont, so bleibt die nächste meist frei. In anderen Fällen finden sich in der Aszendenz andere Psychosen wie Alkoholismus, Imbezillität, sehr oft Epilepsie, die anscheinend in naher Beziehung zur chronischen progressiven Chorea steht. Ist keine Erblichkeit nachweisbar, so handelt es sich vielleicht um die Erkrankung eines Stammvaters einer choreatischen Familie (WOLLENBERG). Das Leiden beginnt in der Regel im 4. bis 5. Jahrzehnt. In den späteren Generationen setzt bei gleichartiger Heredität die Erkrankung immer früher ein (HEILBRONNER). Ich beobachtete eine Familie, bei der in 5 Generationen Chorea bestand; das Leiden begann in der dritten Generation im 65., in der vierten im 38. und in der fünften im 25. Lebensjahre. So kommt es, daß die Familien mit chronischer Chorea aussterben. Die Zuckungen sind zuerst nur schwach umschrieben (Zunge, obere Extremitäten) und werden vom Kranken kaum bemerkt. Sie nehmen ganz allmählich an Ausdehnung und Stärke zu, hören im Schlaf auf, können vorübergehend durch willkürliche Bewegungen, wenigstens in den innervierten Muskeln, unterdrückt werden, werden größer bei psychischen Erregungen. Schließlich bietet der Kranke das Bild größter motorischer Unruhe und kann selbst im Bett nicht eine Sekunde still liegen. Trotz der seltsamsten Verrenkungen gehen die Kranken noch auffallend geschickt, ohne zu fallen oder gar anzustoßen. Körperlich bieten sie nichts außer leicht auslösbaren Reflexen und einer Hypotonie.

Psychische Störungen sind fast immer nachweisbar; indes verlaufen die geistigen und körperlichen Störungen nicht immer parallel. Der Kranke wird reizbar, empfindlich, egoistisch oder erlahmt in intellektueller Hinsicht: Abnahme der Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit bei zunehmender Gleichgültigkeit. Zuweilen schieben sich paranoische Episoden ein, vorwiegend im Sinne der Beeinträchtigung und Eifersucht, weniger mit Größenideen. Manische Symptomenkomplexe sind selten. Delirante Zustände sind vielleicht auf die häufige Kombination mit Epilepsie oder Alkoholmißbrauch zurückzuführen. Charakteristisch ist eine immer größere, wenn auch langsame Abnahme der Intelligenz. Schließlich ist der Kranke ganz verblödet, versteht keine Frage, stößt nur unartikulierte Laute aus und läßt unter sich. Auch körperlich verfällt er immer mehr.

Die **Prognose** ist absolut schlecht. Die Krankheit führt, wenn auch erst nach 1—2 Jahrzehnten oder noch später, zu körperlichem und geistigem Siechtum und zum Tode durch Entkräftung, Schlucklähmung, Pneumonie. Die **Diagnose** ist nicht schwer zu stellen, wenn man sich an die charakteristischen Merkmale hält. Eine Verwechslung mit Alkoholismus ist häufig, bedingt durch den wackelnden Gang und die lallende Sprache; die typischen choreatischen Zuckungen, das Fehlen eindeutiger Zeichen von Alkoholmißbrauch, wenn nicht gerade eine Kombination mit Trunksucht vorliegt, sowie der absolut schlechte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlauf sichern die Diagnose. Zur Annahme der progressiven Paralyse können die Demenz und die lallende Sprache verleiten; aber es fehlen wieder die charakteristischen körperlichen Zeichen der Paralyse, die typische Sprach- und Schreibstörung, der schnelle Verfall in Demenz; die Untersuchung des Blutes und Liquors werden auch objektiv die Entscheidung ermöglichen. Nur im Beginn ist eine Verwechslung mit Maladie des tics convulsifs möglich; aber bei dieser letzteren finden sich stereotype Wiederholungen von Bewegungen, die mehr oder weniger Zerrbilder von Ausdrucksbewegungen, aber nicht ungeordnet sind, ferner Zwangsvorstellungen, Kopro- und Echolalie. Vor der fälschlichen Annahme einer hereditären Ataxie, zu der die Heredität und die Zuckungen verleiten könnten, schützen die körperlichen Symptome der Friedreichschen Krankheit (Babinskischer Reflex, Friedreichscher Fuß, Pupillarstörungen).

Die **Therapie** ist machtlos; in vorgeschrittenen Fällen ist Anstaltsbehandlung nicht zu umgehen. Mitgliedern choreatischer Familien sollte das Heiraten verboten sein.

Literatur.

Chorea (Sydenham).

Arndt, Chorea und Psychose. Arch. f. Psych. 1, 1868, S. 509.
Bernstein, Die psychischen Äußerungen der Chorea minor. Allg. Ztschr. f. Psych. 53, 1897, S. 538.
Cramer und Többen, Beiträge zur Pathogenese der Chorea ... Mschr. f. Psych. 18, 1906, S. 509.
Jolly, Zur Lehre von der Chorea minor und den Choreapsychosen. Wien. klin. Woch. 24, 1911, S. 1046.
Kleist, Über die psychischen Störungen bei der Chorea minor. Allg. Ztschr. f. Psych. 64, 1907, S. 769.
Meyer, L., Chorea und Manie. Arch. f. Psych. 2, 1870, S. 535.
Möbius, Über Seelenstörungen bei Chorea. Neurol. Beitr., Heft 2, 1894, S. 123.
Runge, Chorea minor mit Psychose. Arch. f. Psych. 46, 1910, S. 667.
Viedenz, Über Geistesstörungen bei Chorea. Arch. f. Psych. 46, 1910, S. 171.
Voss, Über die Beziehungen der Chorea minor zur Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 34, 1908, S. 1167.
Wendenburg, Über Chorea infectiosa und Chorea hysterica. Mschr. f. Psych. 28, 1910, S. 232, 355.
Wollenberg, Chorea in Nothnagel's Handbuch der spez. Pathologie., Bd. 12, 1899.
Zinn, Beziehungen der Chorea zur Geistesstörung. Arch. f. Psych. 28, 1896, S. 411.

Chron. progress. Chorea (Huntington).

Curschmann, Eine neue Chorea-Huntington-Familie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 1908, S. 293.
Facklam, Beiträge zur Lehre vom Wesen der Huntington'schen Chorea. Arch. f. Psych. 30, 1898, S. 137.
Heilbronner, Über eine Art progressiver Heredität. Arch. f. Psych. 36, 1903, S. 889.
Jolly, Über Chorea hereditaria. Neurol. Ztrbl. 10, 1891, S. 321.
Lange, F., Über chronische progressive Chorea (Hunt.) im jugendlichen Alter. Berl. klin. Wochenschr. 43, 1906, S. 153.
Nathan, Die psychischen Störungen bei der Huntington'schen Chorea. In.-Diss., Bonn 1912.
Schultze, E., Chronische progressive Chorea. Samml. klin. Vorträge, Nr. 578/579, 1910.
Steyerthal, Über Huntington'sche Chorea. Arch. f. Psych. 44, 1908, S. 656.
Wollenberg, Chorea in Nothnagel's Handbuch der spez. Pathologie Bd. 12, 1893.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Dementia paralytica
(allgemeine progressive Paralyse der Irren).

Von

R. Wollenberg, Straßburg.

Geschichtliches.

Das Symptomenbild der Dementia paralytica wird in der Literatur erst verhältnismäßig spät erwähnt. Die Schriften der alten Medizin enthalten keinen deutlichen Hinweis darauf; erst im 17. Jahrhundert (Willis 1672) finden sich einige Spuren. Am Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts (Haslam 1798, Esquirol 1814) war das Krankheitsbild im wesentlichen bereits bekannt, doch verkannte man, wie auch später wieder, den Zusammenhang der geistigen und körperlichen Erscheinungen, indem man die letzteren nur als eine Komplikation der ersteren ansah. Erst Bayle (1822) durchschaute mit voller Schärfe den Parallelismus und die gesetzmäßige Entwicklung dieser beiden Gruppen von Störungen und sah in ihnen gleichwertige Äußerungen ein und derselben Krankheit, die er auch pathologisch-anatomisch einheitlich (im Sinne einer Arachnitis chronica) auffaßte. — Die erste vollständige Monographie der Krankheit gab dann Calmeil (1826), der in ihr eine Periencephalitis chronica diffusa sah.

Die oben erwähnte Verkennung des Zusammenhanges der beiden Symptomreihen, die sich auch in der Unterscheidung einer Paralysie générale progressive „des aliénés“ (allgemeiner Paralyse „der Irren“) und einer „sans aliénation“ ausdrückte, wurde erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts insbesondere durch die Arbeiten von Delasiauve und Falret, ferner Duchek definitiv beseitigt.

Während bis zu dieser Zeit vor allem französische Autoren um die Erforschung der Krankheit bemüht waren, beteiligten sich weiterhin auch deutsche daran.

Aus der inzwischen fast unübersehbar gewordenen Literatur sind, außer zahlreichen Einzelarbeiten, vor allem die zusammenfassenden Darstellungen von C. Westphal (1868), Voisin (1879), Mendel (1880), Krafft-Ebing (1894), Binswanger (1893—1894), endlich aus neuerer Zeit die Werke von Alzheimer (1904), Obersteiner (1908) u. a. m. zu nennen.

Wenn bei dieser allseitig darauf verwandten Arbeit das klinische und anatomische Bild der Dementia paralytica wie kaum ein anderes in allen Einzelzügen durchforscht und ihr Verständnis gerade in neuester

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit durch den sicheren Nachweis ihres Ursprungs aus vorausgegangener Syphilis wesentlich gefördert worden ist, so gibt es doch hier noch eine Reihe offener Fragen; diese beziehen sich besonders auf das eigentliche Wesen der Krankheit und ihre Stellung im Rahmen der anderen syphilogenen Prozesse.

Krankheitsbegriff.

Die Dementia paralytica oder progressive Paralyse, in Laienkreisen vielfach auch unzutreffend „Gehirnerweichung" genannt, ist eine auf syphilitischer Infektion beruhende, organische Krankheit des Centralnervensystems von chronischem Verlauf, die fast ausnahmslos unaufhaltsam fortschreitet und zu geistigem und körperlichem Verfall und Tod führt.

Der Krankheit verfallen vorzugsweise im kräftigsten Lebensalter stehende Individuen und drei- bis viermal mehr Männer wie Frauen.

Sie kennzeichnet sich klinisch auf geistigem Gebiet durch eine gleichmäßig oder sprunghaft zum Blödsinn fortschreitende Schwäche mit Einschaltung psychotischer Zustandsbilder expansiver, depressiver und deliranter Färbung; auf körperlichem Gebiet durch mannigfache Ausfalls- und Reizerscheinungen, unter denen Veränderungen der Pupillenreaktion, der Sprache und Schrift, der Patellarreflexe, endlich „paralytische" Anfälle von besonderer Bedeutung sind. Die Dauer der manifesten Erkrankung beträgt im Mittel 2—3 Jahre. Der Krankheitsverlauf wird sehr häufig durch einen temporären Nachlaß der Krankheitserscheinungen (Remission) unterbrochen.

Von der großen Masse der Fälle hebt sich eine Gruppe ab durch ihren akuten Verlauf (akute, „galoppierende" Paralyse), eine andere durch das Vorhandensein dauernder Herderscheinungen und eine besondere Lokalisation des Krankheitsprozesses (Paralyse mit Herderscheinungen, auch „atypische Paralyse" LISSAUER).

Als anatomische Grundlage der Dementia paralytica sind Schwund der nervösen Elemente, eigenartige Zellinfiltrate in den Lymphscheiden und der Umgebung der Gefäße, endlich Wucherungserscheinungen der gliösen Stützsubstanz anzusehen, die insbesondere die Hirnrinde befallen, sich aber in von Fall zu Fall verschiedener Weise auch auf das übrige Nervensystem verteilen. Als Krankheitserreger ist neuerdings die Spirochaete pallida nachgewiesen.

Allgemeines Krankheitsbild.

Die geistigen Symptome der Dementia paralytica lassen sich sämtlich auf die Grunderscheinung der psychischen Schwäche zurückführen. Diese kann sich zeitweise und besonders im Anfang hinter verschiedenartigen, den bekannten psychischen Formen der Melancholie, Hypochondrie, Manie, Katatonie usw. mehr oder weniger genau entsprechenden Zustandsbildern verbergen, immer aber, soweit es sich nicht um ganz akut verlaufende Fälle handelt, tritt sie weiterhin deutlich zutage und drückt den verschiedenen Krankheitserscheinungen ihren eigenartigen Stempel auf.

Vielfach zeigt sich anfänglich nur eine gesteigerte Ermüdbarkeit und Unfähigkeit zur Konzentration bei gleichzeitig vermehrter Reiz-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

barkeit, also ein neurasthenisches Zustandsbild. Bald treten aber die Zeichen einer tiefergreifenden Veränderung der geistigen Persönlichkeit deutlich hervor, zunächst nur als eine gewisse Abstumpfung und Vergröberung, weiterhin als ausgesprochener Defekt. Die Kranken machen oberflächliche Wahrnehmungen, verwerten ihre Eindrücke wenig zu Schlüssen, übersehen nicht nur Feinheiten und Einzelheiten, sondern auch gröbere ins Auge fallende Widersprüche, und zeigen oft eine Unsicherheit in bezug auf die zeitliche Einordnung der Erlebnisse im Gedächtnis, die auf mehr oder minder ausgesprochener Merkschwäche beruht. Es besteht ein eigenartiger Zustand der Benommenheit und Unklarheit, der an einen leichten Rausch erinnern kann. Zuweilen werden, namentlich im Anschluß an paralytische Anfälle, nachträglich ganze Abschnitte des Erlebten der Erinnerung entzogen (retrograde Amnesie). Oft kommt es zu Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen; dagegen spielen Halluzinationen eine verhältnismäßig geringe Rolle, können aber auf allen Sinnesgebieten vorkommen. Auch der gedächtnismäßige Erwerb früherer Zeiten wird weiterhin angegriffen, der Vorstellungsschatz verarmt mehr und mehr. Die Kranken verlieren das Urteil mit Bezug auf den eigenen Zustand und ihre Beziehungen zur Umgebung; sie sind unklar und verworren in ihrem Denken, lassen sich leicht bestimmen und ablenken, konzipieren zahlreiche Wahnideen, die aber nicht fixiert oder systematisiert, sondern vielfach wechselnd, bunt zusammengesetzt, widerspruchsvoll und abenteuerlich sind. Nur anfangs besteht wohl ein dumpfes Krankheitsgefühl mit Vorahnung des Kommenden, dies schwindet aber mit der Entwicklung der Krankheit. Die anfänglich gesteigerte gemütliche Erregbarkeit nimmt ab; die Gemütslage ist den Wahnideen entsprechend bald gehoben, bald gedrückt, zeigt aber auch eine charakteristische Bestimmbarkeit und Unbeständigkeit; oft steht sie zum Inhalt der Wahnideen in krassem Widerspruch. Äußerlich sind die Kranken zunächst unauffällig, begehen aber bald Verstöße gegen Anstand und gute Sitte; weiterhin kommen sie in vielfache Konflikte, weil sie jedem Impuls ohne weiteres nachgeben, infolge innerer Unruhe und krankhafter Übergeschäftigkeit herumreisen, sich in unüberlegte Unternehmungen einlassen, geschlechtlich excedieren usw. — Entsprechend dem allgemeinen, das geistige Gesamtgebiet umfassenden Charakter der paralytischen Geistesschwäche kommt es schließlich zum völligen Erlöschen des geistigen Lebens, falls nicht ein paralytischer Anfall, eine interkurrente Krankheit dem Leiden schon früher ein Ziel setzt.

Mit den geschilderten geistigen Veränderungen gehen die oben erwähnten körperlichen Störungen in wechselnden Kombinationen einher, auf die in der speziellen Symptomatologie näher eingegangen werden wird.

In der Annahme, daß der Mehrzahl der Fälle eine gewisse typische Aufeinanderfolge der verschiedenen psychischen Symptome eigen sei, hat man früher einen Typus der „klassischen Paralyse" aufgestellt, der durch ein Stadium prodromorum und initiale, ein Stadium melancholicum und hypochondriacum, ein Stadium maniacale und endlich ein Stadium dementiae charakterisiert sein sollte.

Die weitere Erfahrung hat indes gezeigt, daß eine solche Verlaufsart wenigstens in der Gegenwart nur ausnahmsweise zutrifft. Abgesehen von den Fällen, die ganz atypisch verlaufen und deshalb unten eine gesonderte Besprechung finden werden, gibt es auch sonst sowohl in bezug auf die Gruppierung der Symptome wie in bezug auf den Krankheitsverlauf so große Verschiedenheiten und im speziellen Fall so vielfach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wechselnde Bilder, daß sich ein allgemein gültiges Krankheitsbild nicht aufstellen läßt.

Immerhin läßt sich die große Masse der chronisch verlaufenden „typischen" Fälle vom klinischen Standpunkt aus in 2 Hauptgruppen zusammenfassen. Diese haben die körperlichen Symptome im wesentlichen gemein, unterscheiden sich aber in geistiger Beziehung insofern, als bei den Fällen der einen Gruppe der geistige Verfall in schleichender Progression der von vornherein vorhandenen Schwäche sich vollzieht (einfache progressive Demenz), ohne daß Erregungszustände, Wahnideen usw. stärker hervortreten, während bei der anderen Gruppe dieser Endzustand erst nach Einschaltung mehr geschlossener depressiver, expansiver oder gemischter Zustandsbilder erreicht wird.

Außerdem besteht in der Mehrzahl der Fälle in bezug auf den Verlauf insofern wenigstens eine äußere Übereinstimmung, als die krankhaften Störungen sukzessive mehrere Intensitätsgrade erkennen lassen. Dementsprechend unterscheidet man im allgemeinen ein Stadium der Vorläufererscheinungen und einleitenden Symptome (Stadium initiale), ein Stadium der ausgebildeten Krankheitserscheinungen (Stadium acmes oder conclamatum) und ein Endstadium der tiefen Verblödung (Stadium terminale oder dementiae). Diese Einteilung kann in praktischer Beziehung wertvoll sein, sie bleibt aber eine künstliche, da die einzelnen Krankheitsstadien sich sehr oft nicht scharf gegeneinander abgrenzen lassen.

Einen wesentlich hiervon abweichenden Verlaufstypus zeigen insbesondere die verhältnismäßig seltenen Fälle, in denen eine ganz akute Entwicklung der Krankheitssymptome stattfindet, und die exquisit chronisch verlaufenden Fälle (s. unten: atypische Fälle der Dementia paralytica).

Spezielle Symptomatologie.

Um spätere Wiederholungen zu vermeiden, werden hier zunächst die im wesentlichen allen Stadien gemeinsamen körperlichen Symptome zusammenfassend besprochen.

Veränderungen am Sehapparat.

Es kommen in erster Linie in Betracht Veränderungen der Pupillenweite und -form und der Pupillenlichtreaktion.

Die Pupillenweite zeigt schon in der Norm erhebliche individuelle Verschiedenheiten. Sie steht in Beziehung zum Alter, insofern als die im Kindesalter meist verhältnismäßig weiten Pupillen im Lauf der Jahre ganz allmählich enger werden und im höheren Alter enge und unbewegliche Pupillen keine Seltenheit sind. — Auch das Geschlecht hat eine gewisse Bedeutung, da beim weiblichen Geschlecht die Pupillen im allgemeinen etwas weiter sind.

Außerdem werden temporäre Erweiterungen vielfach bei nervösen, anämischen, erschöpften Individuen, ferner unter dem Einfluß starker Affekte und körperlicher Schmerzen beobachtet.

Endlich ist an artefizielle Veränderungen der Pupillenweite durch den Gebrauch von Atropin, Duboisin, Eserin, Opium usw. zu denken, ebenso an überstandene Iritiden mit entsprechenden Folgeerscheinungen.

Auch die durch einseitige Erweiterung oder Verengerung bedingte Pupillendifferenz (auch „Anisokorie" genannt, von „ἡ κόρη" die Pupille und „ἄν-ισος" ungleich) kommt in der Norm unter sehr verschiedenen Umständen vor. Abgesehen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von ihrer Entstehung durch ungleiche Belichtung beider Augen, findet sie sich gemeinsam mit anderen körperlichen Entartungszeichen bei ungleicher Entwicklung der Augen; ferner bei verschiedenem Verhalten der Refraktion beider Augen, bei Trigeminusaffektionen, Migräne, bei vielen funktionellen Psychosen und Neurosen.

In der Mehrzahl der Fälle hält sich die Pupillenweite der Paralytiker in mittleren Durchmessern. Im übrigen kommt sowohl abnorme Enge, als auch abnorme Weite vor. Insbesondere bildet die beiderseitige Miosis (stecknadelkopfgroße Pupillen) zuweilen ein Frühsymptom, das den anderen Krankheitserscheinungen lange Zeit vorausgehen kann. — Beiderseitige Mydriasis ist seltener, kommt aber auch im Prodromalstadium vor. — Viel häufiger sind Änderungen der Pupillenweite nur eines Auges; im allgemeinen kommt aber dem Befunde der Pupillendifferenz eine pathognostische Bedeutung nur zu, wenn sie sich mit anderen sicheren Zeichen der Dementia paralytica verbindet. Dasselbe gilt von anderen Unregelmäßigkeiten der Pupillen, die gleichfalls als Zeichen gestörter Innervation vorkommen; hierher gehören ungleichmäßige Bewegung der verschiedenen Teile der Iris, Anomalien der Lage und Verzerrungen der Form der Pupille. Im ersten Falle wird beim Spiel der Pupille an dieser oder jener Stelle eine Abflachung ihres Randes bemerkbar, im zweiten ist die normalerweise etwas exzentrisch gelegene Pupille weiter in einen der verschiedenen Irisquadranten dislociert; im dritten verliert die Pupille ihre kreisrunde Gestalt, der Pupillarrand wird unregelmäßig eckig, ausgezackt, die Pupille bekommt eine elliptische, birnförmige oder ovale Gestalt mit horizontalem, vertikalem oder schiefem Längsdurchmesser.

Von ungleich größerer Bedeutung sind die **Veränderungen der Lichtreaktion der Pupillen.** Diese kann entweder vollständig aufgehoben oder nur herabgesetzt sein: **reflektorische Pupillenstarre und reflektorische Pupillenträgheit.**

Als Lichtreaktion der Pupillen bezeichnen wir die durch Belichtung der Netzhaut reflektorisch ausgelöste Kontraktion des M. sphincter pupillae; als reflektorische Pupillenstarre (auch Lichtstarre der Pupillen) das Fehlen der Pupillenverengerung auf Lichteinfall bei erhaltener Beweglichkeit der Pupille auf Akkommodation und Konvergenz (Argyll-Robertsonsches Phänomen). Übrigens kommt auch eine totale Pupillenstarre nicht so selten bei Paralyse vor, dagegen wird eine lediglich akkommodative Starre (ohne Lichtstarre) nur ausnahmsweise beobachtet. — Wenn die Kontraktion der Pupille auf Lichteinfall nicht fehlt, sondern nur langsam und wenig ausgiebig erfolgt, sprechen wir von reflektorischer Pupillenträgheit.

Die Beeinträchtigung der Pupillenreaktion ist in der Mehrzahl der Fälle doppelseitig. Vielfach beobachtet man zunächst Pupillenträgheit, die erst im weiteren Verlauf der Krankheit in Pupillenstarre übergeht. Sehr häufig zeigt sich die Reaktion auf beiden Augen in der Art verschieden, daß sie auf dem einen bereits fehlt, auf dem anderen nur herabgesetzt ist. Selten ist dauernd normale Reaktion des einen Auges bei Lichtstarre des anderen.

Das Verhältnis zwischen Lichtreaktion und Ungleichheit der Pupillen ist meist so, daß die reflektorisch starren Pupillen enger gefunden werden. Zuweilen werden erhebliche Schwankungen in der Pupillenweite beobachtet, so daß an demselben Tage bald die eine, bald die andere Pupille die weitere ist (springende Pupille oder springende Mydriasis).

Die reflektorische Pupillenstarre und -trägheit ist nach neueren Erhebungen bei der Dementia paralytica ein außerordentlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

häufiger Befund. Wenn man sich nicht darauf beschränkt, in einem früheren Krankheitsstadium zu untersuchen, sondern die Prüfung der Pupillen auch später noch von Zeit zu Zeit vornimmt, wird man die besprochenen Beeinträchtigungen der Lichtreaktion selten vermissen.

Was die anderen bekannten Pupillenreaktionen betrifft, so geht mit der Lichtreaktion auch die Erweiterung der Pupillen auf Schmerzreize oft verloren. Ferner scheint in den Fällen, in denen die Lichtreaktion erhalten ist, wenigstens die „Sekundärreaktion" zu schwinden: die konsensuelle Verengerung einer bereits belichteten Pupille bleibt aus, wenn nun auch die andere Pupille noch belichtet wird. Daß auch die Konvergenzreaktion nicht so selten in mehr oder minder erheblicher Weise beeinträchtigt gefunden wird, ist oben schon gesagt.

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit der erwähnten Pupillenveränderungen, insbesondere der reflektorischen Starre und Trägheit für die Diagnose der Dementia paralytica ist eine systematische und sichere Methodik ihrer Untersuchung für jeden Arzt ein dringendes Erfordernis. Auch der Nichtspezialist muß sich deshalb eine solche aneignen und die gewöhnlichen Fehlerquellen zu vermeiden wissen. Dazu ist vor allem erforderlich, daß man sich gewöhnt, immer unter möglichst gleichen Verhältnissen und insbesondere nicht mit verschieden starken Lichtquellen zu untersuchen. Dieser Anforderung entspricht es nicht, wenn manche Ärzte sich auf die Untersuchung bei dem äußerst variablen Tageslicht beschränken und dabei wohl gar noch durch passives Auf- und Niederziehen der Augenlider den Wechsel zwischen Beschattung und Belichtung herbeiführen. Die Untersuchung kann mit einer vergleichenden Betrachtung der Pupillen bei Tageslicht beginnen. Schon dabei fallen gröbere Differenzen der Pupillenweite auf. Man kann dann, gleichfalls bei Tageslicht, eine provisorische Prüfung der direkten und indirekten Lichtreaktion anschließen, indem man sowohl bei verdecktem, als auch bei unverdecktem anderen Auge das zu untersuchende Auge abwechselnd beschattet und belichtet. Dabei ist darauf zu achten, daß der Kranke den Blick in die Ferne richtet und nicht auf die beschattende Hand akkommodiert; diese ist demnach halb seitlich zu halten, was für den Untersucher zugleich den Vorteil bringt, die Pupillen dauernd beobachten zu können. Alsdann sollte aber in zweifelhaften Fällen immer noch eine Untersuchung bei konzentrierterem Lichte vorgenommen werden; hierfür genügt es unter Umständen, z. B. bei Geisteskranken, wenn man im halbverdunkelten Raume, die Lichtquelle (eine elektrische Taschenlampe) zunächst neben den Kopf des Kranken hält und sie dann rasch seitlich vor diesen bringt. Dabei darf der Kranke wiederum nicht den Blick auf die Lichtquelle wenden, weil sonst die Konvergenz- und Akkommodationsreaktion der Pupille leicht eine Lichteraktion vortäuschen kann.

Im übrigen empfiehlt sich in Fällen, in denen die Verhältnisse eine etwas länger dauernde Prüfung gestatten, folgender Gang der weiteren Untersuchung[1]). Zunächst wird die Pupillenweite beider Augen bei stark herabgesetzter Beleuchtung, bei mangelnder Konvergenz und erschlaffter Akkommodation in durchfallendem Licht vergleichsweise festgestellt. Zu diesem Zweck befindet sich die Lichtquelle rechts oder links seitlich hinter dem Patienten, der über den Kopf des vor ihm sitzenden Untersuchers hinweg in die Ferne blickt und diese Blickrichtung etwa eine halbe Minute beibehält. Der Untersucher wirft nun aus einer Entfernung von etwa 40 cm mit dem Augenspiegel (Konkavspiegel) in rasch wechselnder Folge Licht bald in das eine, bald in das andere Auge und bildet sich so ein vergleichendes Urteil

[1]) Die folgende Methode ist die von dem verstorbenen Marburger Ophthalmologen L. BACH geübte; vgl. dieses Autors: Pupillenstudien, Gräfes Archiv für Ophthalmologie, Bd. LVII, Heft 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über die Weite, sowie provisorisch auch schon über die Lichtreaktion der Pupillen. — Alsdann folgen die Prüfung der Pupillenweite und die definitive Feststellung der Lichtreaktion bei stärkerer (seitlicher) Beleuchtung. Die Lichtquelle steht links seitlich vor dem leicht nach der entgegengesetzten Seite gewendeten Kopf des Patienten (etwa 35 cm von diesem entfernt); es wird nun die direkte Lichtreaktion des der Lichtquelle näherstehenden (linken) und zugleich die indirekte des entfernten (rechten) Auges in der Art geprüft, daß mittels einer Konvexlinse von 13 Dioptrien aus etwa 8 cm Entfernung ein Lichtkegel auf die Pupille des der Lichtquelle näherstehenden Auges geworfen wird. Alsdann wird im allgemeinen ohne Veränderung der Lampenstellung und nur bei leicht nach links gewendetem Kopfe ebenso bei dem anderen Auge verfahren. Dabei empfiehlt es sich unter Umständen, z. B. bei sehr engen Pupillen und schwacher Lichtreaktion, vor der Beleuchtung die zu untersuchende Pupille in entsprechender Weise mit der Hand etwas zu beschatten und dann plötzlich den Lichtkegel einfallen zu lassen, ein Verfahren, das die Wahrnehmung der Lichtreaktion erleichtern kann.

Die in jedem Falle zur Kontrolle vorzunehmende Prüfung der Konvergenzreaktion erfolgt in der Weise, daß man den in etwa 20 cm vor den Augen, etwas unterhalb von diesen gehaltenen Zeigefinger fixieren läßt.

Von weiteren Störungen am Sehapparat kommen Lähmungen der Augenmuskeln in Betracht. Diese stellen sich (auch in nichttabischen Fällen) zuweilen im Frühstadium der Dementia paralytica als vorübergehende Erscheinung ein und erscheinen dann in der Anamnese als Schielen und Doppeltsehen. Seltener werden andauernde Lähmungen einzelner oder sämtlicher Augenmuskeln im Vorstadium oder im Verlauf der Paralyse beobachtet.

Von ophthalmoskopischen Veränderungen ist nur die Opticusatrophie zu erwähnen, die aber einen seltenen Befund darstellt.

Veränderungen der Sprache und Schrift.

Die paralytische Sprachstörung ist artikulatorischer Art, insofern sie auf einer mangelhaften Koordination der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskeln beruht, deren ungestörte gemeinsame Aktion zum regelrechten Sprechen notwendig ist. Dazu kommen mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen aphasischen oder paraphasischen Charakters und endlich rein psychisch bedingte Ausfallserscheinungen, die sich aus der bestehenden Geistesschwäche, insbesondere den Mängeln des Gedächtnisses erklären. Die paralytische Sprachstörung ist also eine komplizierte Erscheinung, die in bezug auf ihre einzelnen Komponenten oft schwer zerlegbar ist.

Sie zeigt sich beim Aussprechen einzelner Buchstaben oder bei der Verbindung der Buchstaben zur Silbe und der Verbindung der Silben zum Worte (gestörte Literal-, Syllabar- und Verbalkoordination). Die Sprache wird langsam, getragen, monoton. Beim Aussprechen gewisser Konsonanten im Anfang der Worte oder Silben fällt ein leichtes Stocken und Zaudern auf, das als Hesitieren bezeichnet wird. Die Verbindung der Laute untereinander wird unscharf, verwaschen, die Sprache demgemäß lallend, „verschmiert". Besonders charakteristisch ist aber die Unfähigkeit, die einzelnen Laute und Silben, die jedes für sich gut herausgebracht werden können, richtig zusammenzufügen. So kommt es zu dem charakteristischen Silbenstolpern des Paralytikers.

Beliebte Probeworte sind für den Nachweis der lallenden Sprache: „Flanelllappen", für das Silbenstolpern: „dritte reitende (Garde)-Artilleriebrigade", „Dampfschiff(schleppschiff)fahrt(gesellschaft)", „Exterritorialität", „Infanteriereserveübung".

Die aphasischen und paraphasischen Störungen äußern sich in dem Ausfall einzelner Worte oder Eigennamen, in der Produktion sinnloser Wortbildungen, in der Auslassung, Zusammenziehung und Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

doppelung von Silben („Elektrität" — „Exität" — „Elektrizizität"), seltener in dem (temporären) Verlust des Sprachverständnisses (Worttaubheit), die psychisch bedingten Erscheinungen endlich in der kindlichen, oft grammatikalisch fehlerhaften Satzbildung, der Schwerfälligkeit des Ausdrucks und dem durch Fehlen der Sprachimpulse bedingten Stocken des Redeflusses bis zum völligen Versagen der sprachlichen Mitteilung. Für die bei manchen Kranken zu beobachtenden ungewollten Wiederholungen der Endsilben (Anton-ton-ton-ton) schlägt KRAEPELIN die Bezeichnung Logoklonie vor.

Zugleich mit der Sprache ändert sich meist die Stimme; diese erhält einen tremulierenden Charakter, verliert ihren normalen Timbre und wird rauh, näselnd, zuweilen auch meckernd. Die Änderung der Stimme ist bei Sängern als erstes Zeichen der Dementia paralytica beobachtet worden.

Die Prüfung auf Sprachstörung wird gewöhnlich in der Weise vorgenommen, daß man die Kranken eines oder mehrere der oben angeführten Paradigmen nachsprechen läßt. In sehr vielen Fällen bedarf es aber derartiger „artikulatorischer Fallstricke" (HOCHE) nicht, und es empfiehlt sich vielmehr, die Kranken in scheinbar absichtsloser Unterhaltung zu unbefangenen sprachlichen Äußerungen zu veranlassen. Viele Kranke sind auf die üblichen Paradigmen durch frühere Untersuchungen schon eingeübt und sprechen sie tadellos aus, während sie an ungewohnten Worten, auch wenn sie einfach sind, scheitern. Außerdem sind die Paradigmen nachgerade auch in Laienkreisen so bekannt geworden, daß ihre Anwendung bei der Untersuchung auf manche Kranke erschreckend wirkt. — Ein sehr gutes Verfahren, um eine Sprachstörung deutlich hervortreten zu lassen, besteht darin, daß man laut vorlesen läßt, dabei werden vielfach die willkürlichsten und unsinnigsten Wortentstellungen und Neubildungen vorgebracht, ohne daß der Kranke selbst sich dessen bewußt wird.

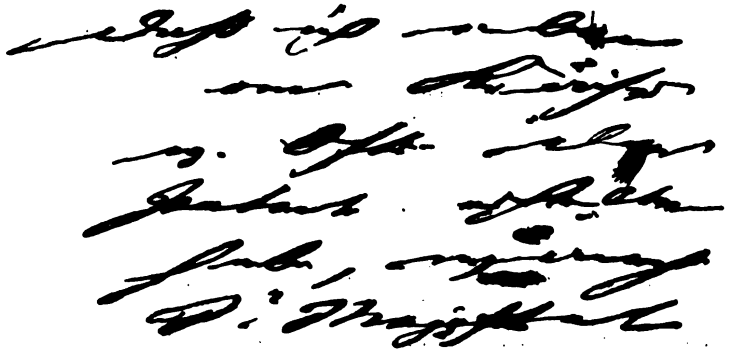
Von sehr großer diagnostischer Bedeutung sind sodann die Veränderungen der Schrift, die denen der Sprache ganz entsprechen. Dem „Silbenstolpern" entsprechend zeigt auch die Schrift Versetzungen, Auslassungen, Zusammenziehungen und Verdoppelungen der Buchstaben und Silben. Den paraphasischen Störungen entspricht die Einfügung ganz sinnloser Worte in den Schriftsatz (Paragraphie); den aphasischen die Beschränkung der schriftlichen Äußerungen auf wenige Sätze oder Worte. Der Einfluß der psychischen Schwäche macht sich bemerkbar in der häufigen Wiederholung derselben Worte und Wendungen, in dem Vergessen der beim Beginn des Schreibens gehegten Intentionen, so daß der zweite Teil eines Briefes an eine ganz andere Person gerichtet sein kann wie der erste; in grammatikalischen und syntaktischen Fehlern, in dem unbeholfenen, kindlichen Stil und Inhalt, endlich in dem Mangel des Gefühls für die äußere Form (Eingaben an Behörden auf kleinen beklecksten Zetteln usw.).

Die in Betracht kommenden mechanischen Störungen beruhen auf einer Schwäche und Koordinationsstörung der betreffenden Muskeln. Man unterscheidet zweckmäßig die ataktische und die Zitterschrift. Die ataktische Schrift kennzeichnet sich durch unregelmäßig ausfahrende, zickzackförmige Strichführung, verschiedene Größe und Eckigkeit der Buchstaben, zu dicke Grundstriche, ferner durch einen dem Hesitieren der Sprache vergleichbaren Wechsel zwischen Stocken und flüchtigem Hingleiten der Feder, durch Unfähigkeit zur Einhaltung der geraden Linie, und erhält so vielfach einen geradezu kindlichen Charakter. — Die Zitterschrift zeigt entsprechende Deformierung der horizontalen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und vertikalen Striche, oft bei sonst ganz gut und gleichmäßig ausgebildeten Buchstaben, und ohne daß dabei die Leserlichkeit so stark zu leiden brauchte, wie bei der zuerst besprochenen Schriftstörung. Vielfach finden sich ataktische und Zitterschrift kombiniert.

Fi. 1.



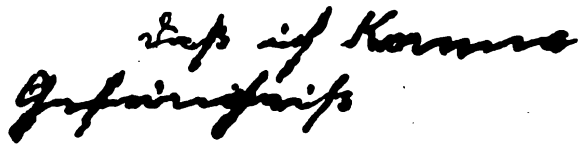
(Soll heißen: daß ich eben vom Kaiser v. Österreich das Patent erhalten habe, wonach Se. Majestät —)
Flüchtige Schrift eines aufgeregten Kranken mit blühendem Größenwahn.

Fig. 2.

(Betriebssekretär) (unverzüglich)

(Staatsanwalt) (spazieren)
Charakteristische Buchstabenauslassungen und Umstellungen aus Paralytikerbriefen.

Fig. 3.



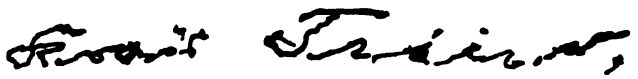
Beginnende Zitterschrift eines deprimierten Kranken.

Fig. 4.

(Ich Nikolaus)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Kaiserlicher Oberbahnhofsvorsteher)

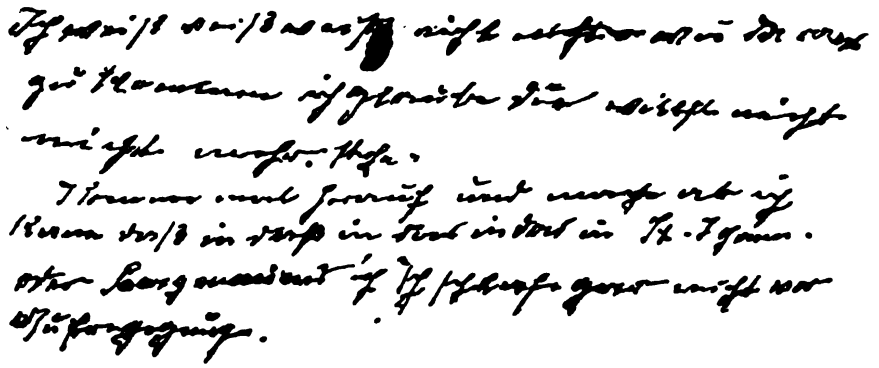


(Kreis Trier)
Zitterschrift.

Fig. 5.

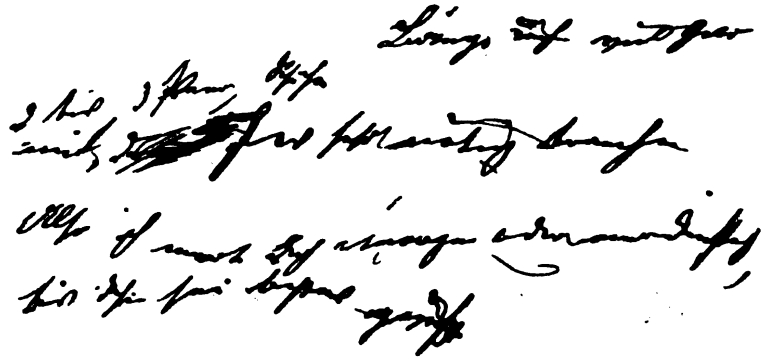
(Soll heißen: Ich beschäftige mich mit meinen Blumen —)
Leicht ataktische Schrift mit Auslassungen.

Fig. 6.



Ataktische Schrift mit Wort- und Buchstabenwiederholungen.

Fig. 7.



Hochgradig ataktische Schrift (von einem früheren Schreiblehrer stammend).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sonstige motorische Störungen.

Im Hirnnervengebiet finden sich insbesondere Differenzen der Facialisinnervation; die Nasolabialfalte ist einseitig verstrichen, der Mundwinkel hängt etwas tiefer herab. Indessen ist dieser Befund mit Vorsicht zu verwerten, weil Asymmetrien der Gesichtshälften als Entwicklungsanomalie bekanntlich außerordentlich häufig sind. Weit zuverlässiger und charakteristischer ist das Vorhandensein von Mitbewegungen und fibrillären Zuckungen, die als Beben und Flattern insbesondere um den Mund herum, ferner in der Wangen- und Kinnmuskulatur, beim Versuch zu sprechen und beim Sprechen selbst, beim Vorstrecken der Zunge, Öffnen des Mundes, Zurückziehen der Mundwinkel usw., aber auch in der Ruhe besonders unter dem Einfluß der Affekte hervortreten.

Im Gebiet des motorischen Trigeminus werden häufig Reizerscheinungen beobachtet, die sich in früheren Stadien als Kau- und Schmeckbewegung, in späteren als Zähneknirschen darstellen. — Lähmungen des Trigeminus kommen im Endstadium vor und äußern sich besonders in mangelhaftem Kauen.

Die Beteiligung des Vagoaccessoriusgebietes äußert sich, abgesehen von den bereits besprochenen Störungen der Stimme und der Sprache, gleichfalls im späten Stadium der Krankheit in einer Erschwerung des Schluckens, besonders von festen Bissen, und in mangelhaftem Verschluß des Kehlkopfeingangs, so daß die Kranken sich leicht verschlucken.

Im Hypoglossusgebiet werden — gleichfalls abgesehen von seiner Beteiligung bei der Sprachstörung — auffälligere Störungen, wenn überhaupt, erst spät beobachtet. Die Zunge zeigt zunächst nur starkes Zittern und wird oft ruckartig vorgestreckt, behält aber lange ihre gröbere Beweglichkeit. In den letzten Krankheitsperioden kann dies derartig zunehmen, daß sie überhaupt kaum noch herausgebracht wird. — In manchen Fällen machen sich diese Störungen von Anfang an sehr stark bemerkbar.

Im Extremitäten- und Rumpfgebiet besteht zuweilen ein so lebhafter Tremor, daß die Kranken zu jeder geordneten Bewegung unfähig werden.

Von Reizerscheinungen sind kontinuierliche, verschieden lokalisierte Zuckungen ganzer Extremitäten oder einzelner Muskelgebiete, ferner choreiforme und athetoseartige Bewegungen, meist im Anschluß an paralytische Anfälle, beobachtet. Kemmler beschrieb anhaltende konvulsive Bewegungen einzelner Muskeln, die mit den Pulsschlägen synchron waren.

Eine motorische Schwäche macht sich im allgemeinen mehr an den unteren als an den oberen Extremitäten bemerkbar. Abgesehen von den subjektiven Klagen über leichte Ermüdung und Schwächegefühl kommen besonders die Störungen des Ganges in Betracht. Je nachdem dabei die motorische Schwäche, die Koordinationsstörung oder die Muskelspannung überwiegt, unterscheidet man einen paretischen, ataktischen und spastischen Gang, doch läßt sich meist eine scharfe Trennung dieser Formen nicht durchführen. Am häufigsten findet sich ein paretisch-ataktischer Gang: Die Kranken gehen mit kleinen, unsicheren Schritten, breitspurig, knicken in den Knien ein, bewegen sich ungeschickt, schwerfällig, geraten bei raschen Bewegungen ins Schwanken, treten bei Straßenübergängen, beim Treppensteigen vorbei, kommen bei geringfügigen Hindernissen zu Fall, so daß sie schließ-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich nur noch in Begleitung ausgehen können. — Der rein ataktische Gang findet sich meist nur in den früheren Stadien der Krankheit und ist als ein Zeichen einer tabischen Erkrankung anzusehen. Der spastische Gang ist gleichfalls oft mit dem paretischen kombiniert; er bedarf hinsichtlich seiner Eigentümlichkeiten keiner weiteren Schilderung.

Die oberen Extremitäten lassen, neben dem bereits erwähnten Tremor, meist nur eine Beeinträchtigung der feineren Koordinationen erkennen, wie sie beim Schreiben, Zeichnen, Spielen musikalischer Instrumente, kurz bei allen besonderen Handfertigkeiten in Betracht kommen. Aber auch bei ganz einfachen motorischen Leistungen erscheinen die Kranken oft sehr ungeschickt, z. B. beim Öffnen des Mundes, Zeigen der Zähne, beim Ausführen verschiedener Bewegungen nacheinander (Apraxie).

Verhalten der Sehnenreflexe.

Von den Sehnenreflexen kommen besonders der Patellarsehnenreflex (Kniephänomen), und der Achillessehnenreflex in Betracht. Der erstere hat aber die größere praktische Bedeutung.

Die Patellarreflexe können bei der Dementia paralytica entweder normal oder einseitig oder beiderseitig verändert sein. Es ist besonders zu betonen, daß diese Veränderung ebensowohl in einer Steigerung (vorwiegende Erkrankung der Rückenmarkseitenstränge) wie in einer Abschwächung bis Aufhebung (vorwiegende Erkrankung der Rückenmarkhinterstränge) der Reflexe bestehen kann. — In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle ist der Patellarreflex gesteigert und nur in verhältnismäßig wenigen Fällen von Anfang an einseitig oder doppelseitig abgeschwächt oder fehlend. — Die Steigerung des Reflexes kann während der ganzen Dauer der Erkrankung unverändert fortbestehen. Zuweilen beobachtet man indessen während des Krankheitsverlaufs ein Schwächerwerden und Erlöschen des anfänglich gesteigerten Patellarreflexes (Übergreifen der Erkrankung von den Seitensträngen auf die Hinterstränge des Rückenmarkes). — Die von den einzelnen Autoren mit Bezug auf das Verhalten der Patellarreflexe bei der Dementia paralytica gegebenen Zahlen lassen das Überwiegen der Fälle mit gesteigerten Patellarreflexen deutlich erkennen, sind aber im übrigen nicht eindeutig, weil die Kranken in sehr verschiedenen Stadien untersucht worden sind.

Der Achillessehnenreflex wird gleichfalls normal, gesteigert oder fehlend gefunden. Seine Bedeutung steht hinter der des Patellarreflexes zurück, doch kann seine Abschwächung und Aufhebung den entsprechenden Veränderungen des Patellarreflexes vorangehen und so Bedeutung gewinnen.

Ebenso wie bei der Untersuchung der Pupillen ist bei der der Sehnenreflexe eine sichere Technik erforderlich, wenn man nicht groben Täuschungen verfallen will. Geübte Untersucher können sich unter Umständen schon durch eine Prüfung bei bekleidetem Bein ein Urteil über den Patellarreflex bilden. Im Allgemeinen ist aber daran festzuhalten, daß die Untersuchung bei entblößtem Oberschenkel und Knie erfolgt. Das übliche Übereinanderschlagenlassen der Beine empfiehlt sich bei Geisteskranken vielfach deshalb nicht, weil durch diese Manipulation die Aufmerksamkeit auf das betreffende Gebiet gelenkt und eine unwillkürliche Anspannung der in Betracht kommenden Muskeln bewirkt wird. Am besten läßt man den auf einem Stuhl sitzenden Kranken die Füße zwanglos vor sich hinstellen, indem man nötigenfalls nachhilft, bis das Bein sich in einem leichten stumpfen Winkel befindet. Als-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann beklopft man die Patellarsehne, die man sich vorher abgetastet hat, mehrmals mit dem Perkussionshammer, während man mit der anderen (linken) Hand den Quadriceps palpiert und den Blick auf den Oberschenkel gerichtet hält. Gelingt auf diese Weise die Hervorrufung des Reflexes nicht, so liegt dies häufig daran, daß der Kranke seine Muskeln nicht zu entspannen vermag; man wiederholt deshalb die Untersuchung in derselben Weise, während man den Kranken durch die an ihn gerichteten Fragen oder durch den JENDRASSIKschen Handgriff (der Kranke hat auf Kommando die gefalteten Hände mit möglichster Kraft auseinander zu ziehen, ohne aber loszulassen) ablenkt, bis ein möglichst sicheres Resultat erreicht ist. — Ist man genötigt, in der Rückenlage zu untersuchen, so verfährt man in derselben Weise bei leicht gebeugtem und im Knie unterstütztem Bein. Immer ist das entscheidende Gewicht auf die Quadricepskontraktion, nicht auf das Sichtbarwerden der Exkursion des Unterschenkels zu legen.

Die Untersuchung auf Fußklonus nimmt man in Rückenlage des Kranken in der Art vor, daß man mit der einen Hand das leicht gebeugte Bein in der Kniekehle lose stützt und gleichzeitig mit der anderen den Fuß durch einen kurzen, in der Höhe der Metatarsalköpfchen gegen die Sohle ausgeübten Stoß dorsalwärts drängt und in dieser Stellung durch einen elastischen Druck zu erhalten sucht. Bei vorhandenem Fußklonus treten alsdann rasch aufeinanderfolgende Kontraktionsstöße der Wadenmuskulatur auf, bis der Reflex sich früher oder später erschöpft hat. Im übrigen erfolgt die Prüfung des Achillessehnenreflexes in der Art, daß man bei sanft nach oben gedrückter Fußspitze mit dem Perkussionshammer einen leichten Schlag gegen die Achillessehne richtet.

Die paralytischen Anfälle.

Die paralytischen Anfälle kennzeichnen sich in ihren vollentwickelten Formen entweder als schlagartig einsetzende Lähmungen (Apoplexien) oder als Krampfanfälle von epileptischem Typus; dementsprechend werden sie als apoplektiforme und als epileptiforme Anfälle unterschieden, ohne daß aber eine scharfe Trennung beider möglich wäre; vielmehr können sie in mannigfaltiger Weise miteinander kombiniert sein, so daß sich an die Lähmungserscheinungen noch die Reizungserscheinungen anschließen oder umgekehrt. — In der Mehrzahl der Fälle tragen die paralytischen Anfälle keinen in gedachtem Sinne voll ausgebildeten, sondern abortiven Charakter. Ein plötzlich auftretendes intensives Schwindelgefühl, das den Kranken nötigt, sich festzuhalten; eine kurzdauernde Benommenheit und Übelkeit, ein Migräneanfall mit Flimmerskotom, Gesichtsfelddefekte, Parästhesien irgendwelcher Art, vasomotorische Erscheinungen, Angstgefühle mit Herzklopfen können überhaupt die einzigen Zeichen des Anfalls sein oder sich mit Ausfallserscheinungen im motorischen oder sensoriellen Gebiet (siehe unten) verbinden. Die Schlaganfälle setzen in bekannter Weise plötzlich ein mit Bewußtlosigkeit, Zusammenbrechen und führen nicht selten unmittelbar zum Tode. Die Krampfanfälle treten oft in Form der JACKSONschen Epilepsie auf und können auf einzelne Muskelgebiete beschränkt bleiben oder sich von da aus gesetzmäßig auf andere Gebiete ausbreiten; hierher gehören auch die zuweilen beobachteten kontinuierlichen Reizerscheinungen gewisser Muskeln oder Muskelkomplexe. — Die Ausfallserscheinungen, die sich mit beiden Anfallsarten verbinden, sind von der verschiedensten Lokalisation. Meist beschränken sie sich auf eine Extremität, eine Gesichtshälfte oder auch nur auf das Augenmuskelgebiet (Doppeltsehen, Ptosis), die Uvula (Schiefstellung) oder die Sprache (stärkere artikulatorische Störung). Häufig treten sie, besonders in den Frühstadien, als vorübergehende aphasische oder paraphasische Störung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf; eine häufige Kombination ist auch die einer Monoparese oder Monoplegie mit Hemianopsie. Dagegen sind komplette Hemiplegien selten. — Diese Ausfallserscheinungen haben das Gemeinsame, daß sie meist trotz großer Intensität und Ausbreitung sich verhältnismäßig schnell, oft schon in einigen Stunden, sonst in Tagen wieder ausgleichen. Die Häufigkeit der Anfälle ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Sie scheinen bei der dementen Form der Paralyse am häufigsten zu sein. Die Anfälle können den Krankheitsverlauf in jedem Stadium unterbrechen. Im allgemeinen treten aber die mit Reizerscheinungen verlaufenden Anfälle mehr in den späteren Krankheitsstadien auf, während in den früheren die einfachen Schwindelanfälle und die schlagartig einsetzenden und schnell vorübergehenden Lähmungserscheinungen überwiegen. Vielfach werden Krampfserien beobachtet (Status paralyticus). Die Körpertemperatur ist im Anfall meist erhöht, oft auch vorübergehend Albuminurie vorhanden. Meist schließt sich an die Anfälle noch ein kurzer oder länger dauernder Zustand der Verwirrtheit oder Benommenheit an, aus dem die Kranken erst allmählich zu sich kommen. Wahrscheinlich entspricht dem Anfall anatomisch ein mit plötzlichem umfänglichem Untergang von Nervengewebe einhergehendes Anschwellen des Krankheitsprozesses; dementsprechend macht sich nach dem Anfall meist ein weiterer geistiger Rückgang bemerkbar.

Die **sensiblen Störungen** sind bei der Dementia paralytica im allgemeinen von geringerer Bedeutung. In einem Teil der Fälle bilden unangenehme Hautempfindungen wie Jucken, Brennen, oder rheumatoide und neuralgische Schmerzen in den unteren und oberen Extremitäten, zuweilen auch im Gebiet der Kopfnerven (Trigeminus, Occipitalis) eine der frühesten, leicht zu verkennenden Krankheitserscheinungen. Von objektiv nachweisbaren Störungen ist nur die häufig schon früh nachweisbare Analgesie der Unterschenkel zu erwähnen. Eine oft vorhandene allgemeine Abstumpfung oder Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit ist psychisch bedingt.

Die **trophischen Störungen** sind teils allgemeiner, teils umschriebener Art. Der allgemeine Ernährungszustand und das Körpergewicht zeigen in den mit lebhafterer Erregung einhergehenden Krankheitsstadien meist einen erheblichen Abfall, bei eintretender Beruhigung und fortgeschrittener Demenz dagegen einen ebenso erheblichen Anstieg. Demgegenüber bilden Fälle, in denen schon im Übergang vom Initial- zum Höhestadium ein rapides Zunehmen des Körpergewichts auffällt, die Ausnahmen; dasselbe gilt von den Fällen, bei denen trotz durchweg ruhigen und affektlosen Verlaufes der Paralyse und bei genügender Nahrungsaufnahme dauernd ein mangelhafter Ernährungszustand besteht. Mit dem weiteren Fortschreiten gegen das Ende hin pflegt ein rapider Verfall einzutreten, der sich keineswegs immer aus gröberen körperlichen Störungen (Magen- und Darmkatarrhe, ungenügende Ernährung, Cystitis, Decubitus) erklären läßt.

Die umschriebenen trophischen Störungen betreffen vorzugsweise die Haut, die Muskeln, die Knorpel und Knochen. Als trophische Störungen der epidermoidalen Gebilde werden umschriebenes Ausfallen oder rapides Ergrauen der Kopf- und Barthaare; Farben- und Formveränderung, Atrophie, Ausfall der Nägel, regionäre Verdünnungen der Haut, Pigmenthypertrophie (Nigrities), Herpes, Pemphigus, Zoster, Mal perforant du pied, Decubitus angeführt. Ein mit trophischen Störungen der Haut verbundener Juckreiz wird zuweilen auf behaarte Körperstellen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lokalisiert gefunden und kann dann so quälend sein, daß die Kranken sich sämtliche Haare ausreißen (Trichotillomanie).

Der Decubitus ist wohl nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit auf trophische Einflüsse zu beziehen, wenn er bereits in einem verhältnismäßig frühen Krankheitsstadium, insbesondere im Anschluß an paralytische Anfälle, sich in akutester Weise entwickelt und rapid fortschreitet. — Dagegen beruht der früher fast regelmäßig als finale Erscheinung beobachtete Druckbrand wohl zweifellos auf äußeren Einflüssen (Durchliegen infolge mangelhafter Pflege), wenn auch eine besondere Disposition dieser Kranken zu derartigen Störungen nicht von der Hand zu weisen ist.

An den Knorpeln und Knochen kommen besonders die Othämatome und die Rippenbrüche in Betracht.

Die Ohrblutgeschwulst (Othämatom) ist eine durch Bluterguß zwischen Perichondrium und Knorpel entstehende Geschwulst von Haselnuß- bis Wallnußgröße und fluktuierender Konsistenz. Sie sitzt meist an der vorderen, konkaven Seite der Ohrmuschel, und zwar mehr nach oben. Der Inhalt der Geschwulst besteht in den ersten Tagen aus reinem Blut, zeigt später eine mehr seröse Beschaffenheit und enthält reichlich Pigment und Detritus. Die Dauer der Affektion beträgt mehrere Wochen, eine vollständige Restitutio in integrum findet selten statt; in der Mehrzahl der Fälle kommt der Bluterguß zwar zur Resorption, aber Verdickungen der Weichteile und nachfolgende Narbenretraktion bewirken eine dauernde Verunstaltung der Ohrmuschel; diese bekommt „eine eigentümliche, wie zusammengebrochene Beschaffenheit" (Virchow). Seltene Ausgänge sind die in Vereiterung oder Verjauchung. Wenn zu ihrer Entstehung äußere Schädigungen auch wohl immer erforderlich sind, zu denen die Unruhe der Kranken und insbesondere Verletzungen (v. Gudden) reichlich Gelegenheit geben, so wird doch ihr Eintreten durch gewisse innere Momente begünstigt; von diesen kommt für die Entstehung der Othämatome eine abnorme Beschaffenheit des Ohrknorpels (Erweichung, Mürbheit, gelockerte Kohärenz) in Betracht, die es erklärt, wenn ein traumatischer Insult unter Zerreißung perichondraler Gefäße und Ergießung ihres Inhaltes in den Knorpel leicht eine totale Zertrümmerung der erkrankten Partie bewirkt (Fürstner). — An den Rippen konnte man bei Paralytikern auf experimentellem Wege ein sehr erhebliches Sinken der Knochenfestigkeit feststellen. — An den Muskeln kommen gleichfalls Hämatome und Zerreißungen vor. — Von größerer Bedeutung sind die in einigen Fällen von Paralyse ohne Tabes festgestellten degenerativen Muskelatrophien (neuritische Prozesse).

Endlich sind ohne Einwirkung eines Traumas erfolgende Harnblasenrupturen bei Paralytikern mehrfach beobachtet.

Von **vasomotorischen Störungen** sind die intensive Beteiligung der Gefäße bei Affekten, die oft schon in frühen Stadien der Krankheit bestehende Intoleranz für kalorische Schädlichkeiten und für Spirituosen, die Neigung zu Fluxionen, das Auftreten von Taches cérébrales auf geringfügige kutane Reize zu erwähnen (Krafft-Ebing). Auch Cyanose und Ödeme der Augenlider ist bei Paralytischen beschrieben und im Sinne vasoparalytischer Vorgänge gedeutet worden. Der Puls der Paralytiker hat meist den Typus des Pulsus tardus.

Störungen der Sekretion kommen nicht nennenswert in Betracht. In und nach Anfällen besteht zuweilen vorübergehend Albuminurie. Die Menstruation fand Jahrmärker bei Frauen zwischen 20 und 44 Jahren (29 Fälle) 26mal (90%) gestört.

Die **Körpertemperatur** zeigt in vielen Fällen flüchtige, aber erhebliche fieberhafte Steigerungen, denen oft, aber keineswegs immer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

körperliche Anlässe (Koprostase, Blasenkatarrh, beginnende Pneumonie) zugrunde liegen. Insbesondere im Zusammenhang mit den paralytischen Anfällen kommt es infolge der Hirnerkrankung selbst zu Temperatursteigerungen. In den letzten Stadien der Krankheit tritt nicht selten eine Temperaturerniedrigung auf 34° und darunter ein.

Die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit setzt die Technik der Lumbalpunktion (QUINCKE) voraus. Der Eingriff ist an sich bedeutungslos, soll aber doch nicht ohne vorherige Befragung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters vorgenommen werden. Meist wird er von dem Kranken sehr gut vertragen. Der Druck in der Rückenmarkshöhle pflegt beim Paralytiker erhöht zu sein. Man entnimmt im allgemeinen nicht mehr als 5 ccm Liquor. Nach der Punktion ist für 24 Stunden Bettruhe und, wenn möglich, Rückenlage nötig, weil sonst Erbrechen, Kopfschmerz, unter Umständen auch schwerere Zufälle (tiefe Ohnmachten) eintreten können.

Die chemische Untersuchung (Mischung des Liquors mit gleichen Teilen einer gesättigten neutralen Ammoniumsulfatlösung) ergibt als Zeichen von Eiweißvermehrung (Globulin) eine Trübung (NONNES Phase I-Reaktion).

Mikroskopisch findet sich Lymphocytose. Ihr Grad schwankt sowohl bei demselben Falle in verschiedenen Krankheitsstadien als auch bei verschiedenen Kranken in weiten Grenzen. Im allgemeinen findet man die Lymphocyten gegenüber der Norm so erheblich vermehrt, daß Zweifel nicht entstehen können; doch kommen Grenzfälle vor. 3 bis 5 Lymphocyten in einem Gesichtsfelde bei starker Vergrößerung (Zeiß DD.; Leitz 7) gelten bereits als schwache Lymphocytose. Feinere Untersuchungen der zelligen Bestandteile ergeben, daß nicht nur ihre Zahl, sondern auch ihre Mannigfaltigkeit größer ist als in der Norm (Plasmazellen und Abbauzellen).

Die serologische Untersuchung ergibt bei Verwendung etwas größerer Liquormengen (d. h. bei Benutzung der sogenannten Auswertungsmethode nach HAUPTMANN) fast ausnahmslos positive WASSERMANNsche Reaktion. — Auch das Blut der Paralytiker zeigt Hemmung der Hämolyse.

Die Hämolysinreaktion von WEIL und KAFKA beruht darauf, daß bei Paralyse in die Rückenmarksflüssigkeit Stoffe übergehen, die sonst nur im Blutserum (und nicht in der Rückenmarksflüssigkeit) des normalen Menschen vorkommen, Stoffe, die man als Hammelblutambozeptoren bezeichnet. Zum Nachweis dieser Stoffe bringt man gewaschene Hammelblutkörperchen mit Spinalflüssigkeit zusammen, läßt Bindung im Brutschrank eintreten und fügt als Komplement Meerschweinchenblutserum hinzu. Die Reaktion ist positiv, wenn eine Hämolyse der roten Hammelblutkörperchen eingetreten ist. (Nach G. STEINER zitiert.)

Krankheitsbilder und Verlaufsarten.

Wir besprechen hier die dem eigentlichen Krankheitsausbruch mehr oder weniger lange vorausgehenden (prämonitorischen) und **die Symptome des Anfangsstadiums** selbst gemeinschaftlich, da eine scharfe Trennung beider sich nicht durchführen läßt.

Die prämonitorischen Störungen, die Monate und Jahre vorhanden sein können, ehe die Dementia paralytica selbst manifest und diagnostizierbar wird, sind zum Teil sehr unbestimmter Art und werden deshalb erst nachträglich in ihrer Bedeutung erkannt. Häufig bestehen sie in lästigem und hartnäckigem Kopfdruck oder Kopfschmerz, in Migräneanfällen, in reißenden, bohrenden Schmerzen im Occipitalis-,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trigeminus- oder Extremitätengebiet, die zu zahlreichen erfolglosen Kuren Veranlassung geben, in Schwindel, Wallungen, Schwitzen, Herzklopfen. Nicht selten besteht auch eine allen Mitteln trotzende nächtliche Schlaflosigkeit, oft mit ausgesprochener Schlafsucht am Tage. — Dazu kommen auf geistigem Gebiet schnellere Ermüdung, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, Unentschlossenheit, vermehrte gemütliche Reizbarkeit, mehr oder weniger ausgesprochenes Krankheitsgefühl, hypochondrische Selbstbeobachtung und Deutung abnormer Empfindungen, Angstzustände, kurz, es geht ein typischer neurasthenisch-hypochondrischer Zustand voran, der nichts Charakteristisches bietet. Zuweilen empfinden die Kranken in dieser Phase die Herabsetzung ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit deutlich und ahnen das bevorstehende schwere Leiden, das sie wohl auch mit seinem richtigen Namen bezeichnen; so kommt es zuweilen zu wohlüberlegten Selbstmordversuchen. Im allgemeinen ist es aber auffallend, wie früh die Fähigkeit zur richtigen Beurteilung des eigenen Zustandes leidet.

Dies kann von praktischer Bedeutung werden, wie folgender Fall lehrt: Ein Herr der besseren Stände hatte zu einer Zeit, als schon gewisse schwere, ihrer Art nach aber zweifelhafte Veränderungen bestanden, für sich eine Lebensversicherung abgeschlossen. Bald darauf kam die Paralyse zum Ausbruch, an der er schnell starb. Die Gesellschaft erhob nunmehr den Einspruch, daß X. zu jener Zeit habe wissen müssen, daß er schwer krank sei, daß die Versicherung also auf falschen Angaben beruhe und ungültig sei. Auf Grund obiger Erwägung mußte die Zahlung erfolgen.

In anderen Fällen verbinden sich diese unbestimmten Symptome von vornherein oder nach kürzerem Bestehen mit charakteristischen körperlichen Frühsymptomen, oder es treten zu jenen besondere geistige Züge, die der reinen Neursathenie nicht eigen sind. Hier kommen auf körperlichem Gebiet vor allem in Betracht: Veränderungen der Pupillen: träge oder aufgehobene Lichtreaktion bei einseitiger oder beiderseitiger Änderung der Pupillenweite und -form (maximale Miosis, einseitige Mydriasis), die jahrelang das einzige Zeichen der organischen Erkrankung sein können; sodann vorübergehende, seltener dauernde Schwäche- und Lähmungserscheinungen der Augenmuskeln, kurze Schwindelanfälle, momentane Sprachbehinderungen und andere abortive apoplektiforme oder epileptiforme Anfallserscheinungen, ferner beiderseitige und besonders einseitige Abschwächung oder Steigerung der Patellarreflexe, Abnahme der Potenz, Blasenstörungen usw. — Eine besonders charakteristische Gruppierung früher körperlicher Störungen stellt der tabische Symptomenkomplex dar, der in einer Reihe von Fällen den eigentlich paralytischen Zeichen vorausgeht. Alsdann gesellen sich zu den genannten Symptomen als weitere charakterstische Zeichen lancinierende Schmerzen, Gürtelgefühl und andere Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Opticusatrophie, Krisen usw.

In geistiger Beziehung ist besonders die Umwandlung der Persönlichkeit zu erwähnen, die sich zunächst nur in dem Auftreten kleiner, dem betreffenden Individuum sonst fremder Charakterzüge äußert. Einstweilen erscheinen diese der Umgebung meist wenig belangreich; ja die Veränderung wird wohl sogar mit Freuden begrüßt, wenn sie eine Verbesserung zu bedeuten scheint, insofern der bisher Eigenwillige und jeder Gefühlsäußerung Abgeneigte nunmehr nachgiebig und liebevoll, der Zurückhaltende und Verschlossene mitteilsam und zugänglich, der Allzuweiche und Bestimmbare scheinbar fest und energisch wird. Weiterhin tritt aber das Krankhafte dieser Wandlung immer deutlicher zutage. Die Weichheit wird zu schwächlicher Rührseligkeit, die Mitteilsamkeit zu geschwätziger Vertrauensseligkeit, die Festigkeit zu einsichtsloser Starrheit und Rücksichtslosigkeit. Auch die Reizbarkeit, die anfangs

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Zeichen einfacher Nervosität aufgefaßt wurde, beginnt jedes Maß zu überschreiten; geringfügige Anlässe lösen unverhältnismäßig heftige Wutausbrüche aus; es kommt zu Mißhandlungen der Angehörigen, zu Konflikten mit Untergebenen und Vorgesetzten. Andererseits treten ebenso unmotivierte und schnell vorübergehende Zustände tiefster Depression auf.

Gleichzeitig hat, ebenfalls zunächst schleichend und kaum merklich, eine Abstumpfung der ethischen und ästhetischen Gefühle und Vorstellungskomplexe sich zu vollziehen begonnen: kleine Nachlässigkeiten der Toilette, Uneigenheiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens kommen vor. Im Gegensatz zu dem sonstigen taktvollen und rücksichtsvollen Benehmen läuft dem Kranken in seinen Äußerungen ein gesellschaftlich verfehmter Ausdruck, eine unzarte Bemerkung mit unter, ohne daß er selbst dies bemerkt oder, darüber belehrt, die Ungehörigkeit entsprechend empfindet.

Die schriftlichen Äußerungen lassen oft schon in diesem Stadium charakteristische Änderungen erkennen. Zahlreiche Verbesserungen und Streichungen weisen darauf hin, daß die Kranken im Gegensatz zu ihrer sonstigen Gewandtheit sie nur mühsam fertig gebracht haben; bald zeigt aber auch der Inhalt, die konventionelle Ausdrucksweise den nächsten Angehörigen gegenüber, die Anwendung allgemeiner Phrasen, das Verweilen bei gleichgültigen Nebenumständen, den allgemeinen geistigen Rückgang an.

Dieser verrät sich alsbald auch in dem sonstigen Verhalten der Kranken: Sie sind wohl noch imstande, die ihnen obliegenden Arbeiten auszuführen, soweit sie sich dabei in ausgeschliffenen, gewohnten Bahnen bewegen; die Fähigkeit zu selbständiger Produktion ist aber schwer beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Die fernstehende Umgebung bemerkt dies oft lange nicht, da die Kranken sich regelmäßig an ihrer Arbeitsstelle einfinden und nicht grob auffällig sind. Auch die Angehörigen können sich später oft nicht genug darüber wundern, wie „tadellos" die Kranken bis zum letzten Augenblick gearbeitet haben. Tatsächlich stellt sich bei nachträglicher Prüfung aber doch meist heraus, daß sie zahlreiche Fehler und Unterlassungen begangen, sich in ganz unsinnige Unternehmungen eingelassen, ihre Unterschrift wahllos unter Bürgschaften und Wechsel gesetzt haben und infolge ihrer Bestimmbarkeit auch sonst in der mannigfaltigsten Weise mißbraucht worden sind, und es ist nur ein Zufall, daß der geistig bereits schwer geschädigte Kassierer, Kompagnieführer, Eisenbahnbetriebsbeamte usw. nicht längst schweres Unheil angerichtet hat.

Noch größer wird diese Gefahr in den Fällen, in denen sich alsbald eine große Ruhelosigkeit und Hyperaktivität entwickelt. Die Kranken beginnen heute dies, morgen jenes mit Feuereifer, um es alsbald wieder liegen zu lassen. Sie haben starke Neigung zur Ortsveränderung und verlassen unter Umständen triebartig ihren Wohnsitz, um zwecklos herumzuwandern (paralytische Fugues). Vielfach tritt auch sonst eine vermehrte Geschäftigkeit und Unternehmungslust hervor; sie schreiben mehr als sonst, knüpfen mit fremden Leuten intime Beziehungen an (Verlobung), erzählen ganz Fernstehenden oder Untergebenen ihre intimsten Angelegenheiten, geben über ihre Verhältnisse Geld aus und zeigen insbesondere vielfach eine gesteigerte Libido sexualis, der sie unter Außerachtlassung einfachster ästhetischer Rücksichten nachgeben.

In anderen Fällen sind es wiederum die Zeichen der Depression und Hemmung, die immer mehr hervortreten und sich mit mannigfachen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hypochondrischen, melancholischen, seltener persekutorischen Befürchtungen und Wahnideen verbinden. — Endlich bleibt es in einer dritten Gruppe bei einfacher, sich immer mehr vertiefender Apathie oder euphorischer Demenz.

Daneben bestehen auf körperlichem Gebiet die früher besprochenen Störungen in verschiedenen Kombinationen; insbesondere pflegen die Veränderungen der Pupillenreaktion und der Patellarreflexe, oft auch die der Sprache schon deutlich nachweisbar zu sein.

Gleichwohl wird die Krankheit in diesem Stadium sehr oft verkannt. Bestenfalls kommen die Kranken in allgemeine Krankenhäuser oder — soweit sie begütert sind — in offene Sanatorien, in denen sie sich eine Zeitlang halten, schließlich aber durch ihre Unfähigkeit, sich in die Hausordnung zu fügen, durch ihr saloppes Wesen, durch Konflikte mit den anderen Kranken, durch die schamlose Anknüpfung sexueller Beziehungen mit dem Küchenpersonal usw., oder auch durch die in ihrem allgemeinen Verhalten stärker hervortretende expansive oder depressive Erregung, durch Gewalttaten oder Selbstmordversuche unmöglich machen.

In dem **Stadium der vollentwickelten Krankheitserscheinungen** ist an Stelle des im Anfang häufig vorhandenen Krankheitsgefühls in vielen Fällen ein gesteigertes Kraft- und Gesundheitsgefühl getreten; doch kommen gelegentliche Äußerungen, wie: „ich kann nichts mehr denken", „mit mir ist es aus", „ich bin (oder werde) ja wahnsinnig", wohl auch jetzt noch vor. Die fortschreitende Urteilsschwäche im Verein mit der eigenartigen Bewußtseinsstörung macht sich in der Unfähigkeit, den eigenen Zustand und die Beziehungen zur Außenwelt richtig zu erfassen, immer mehr bemerkbar. Die manisch erregten Kranken kommen unter lebhaftem Protest in die Anstalt und erklären, sofort wieder abreisen zu wollen, packen aber gleichzeitig ihre Sachen aus und lassen sich unschwer von einem selbst gesetzten Termin zum anderen hinhalten. Die inzwischen oft sehr hochgradig gewordenen körperlichen Lähmungserscheinungen kommen ihnen nicht mehr zum Bewußtsein oder werden von ihnen mit einigen schwächlichen Erklärungsversuchen oder Scherzen abgetan. Auch Gebildete, die die Bedeutung der verschiedenen Symptome früher gekannt haben, lassen die entsprechenden ärztlichen Untersuchungen ohne Anteilnahme an sich vornehmen, als beträfen diese eine ganz andere Person. Besonders auffällig erscheint es, wenn diese äußerlich oft noch ganz geordneten und scheinbar besonnenen Kranken bei lautem Vorlesen zuweilen den größten Unsinn produzieren, ohne selbst das Geringste davon zu merken. Auch sonst machen sie ungenaue und lückenhafte Wahrnehmungen und übersehen wichtige Einzelheiten. Dabei tritt zuweilen eine auffällige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit mit Neigung zum Fabulieren auf, während der gedächtnismäßige Erwerb früherer Zeiten (das Altgedächtnis) lange erhalten bleiben kann. Eine Störung der Merkfähigkeit wird übrigens wohl zuweilen durch die Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit der Kranken nur vorgetäuscht; man ist oft überrascht, in späteren Phasen bei vorgeschrittenerem Schwachsinn die Merkfähigkeit auffällig gut zu finden. Die Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen äußern sich in ganz unzutreffenden Berichten über tatsächliche Erlebnisse, in unbegründeten Beschwerden über das Personal usw.

Unter diesen Umständen leidet die zeitliche und örtliche Orientierung in zunehmendem Grade. Sie verwechseln Zahlen und vermögen Ausführbares und Unausführbares nicht mehr zu unterscheiden, finden sich in neuen Umgebungen nicht mehr zurecht, verlaufen sich auf ein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fachen Wegen, geraten im Hotel in fremde Zimmer. — Der sukzessiven Weiterentwicklung der geschilderten Störungen entsprechend zeigt das allgemeine Verhalten und das Handeln der Kranken vielfache Auffälligkeiten: sie begehen die gröbsten gesellschaftlichen Verstöße, erscheinen mit dem Hut auf dem Kopfe, mit der Zigarre im Munde bei der Mittagstafel, trinken ihrem Nachbar seinen Wein aus und werden über die Maßen grob, wenn ihnen dies gewehrt wird. Sie erscheinen mit offenen Hosen im Salon, verrichten ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung, z. B. auf öffentlichen Plätzen, von der Plattform der Straßenbahn aus.

Immer mehr gewinnt der Zustand den Charakter der geistigen Verödung. Die Kranken vermögen die Wirklichkeit nicht mehr aufzufassen, die Bilder der liebsten Angehörigen verblassen, das Interesse für die eigene Familie erlischt. Nichtige Kleinigkeiten, wie z. B. das Zählen ihrer Zigarren, Sammeln von Zeitungen, Ein- und Auspacken ihrer Sachen füllen ihren Tag vollständig aus; dabei suchen sie vielfach etwas, was sie gerade in der Hand haben, alarmieren mitten in der Nacht das ganze Haus, weil sie sofort abreisen wollen, legen sich am hellen Tage völlig angekleidet ins Bett oder setzen sich halbnackt zum Schreiben oder Essen an den Tisch. — Oft besteht neben großer Lenksamkeit eine exzessive Reizbarkeit, die bei Gelegenheit einer verweigerten Bitte ganz plötzlich in gefährlicher Weise zum Ausdruck kommt. So riß einer meiner Kranken, der sich nachts über einen Pfleger aufgeregt hatte, plötzlich sein Hemd entzwei und versuchte sehr ernsthaft, jenen zu erdrosseln.

Die geschlossenen psychotischen Zustandsbilder, die auf der vorstehend gezeichneten Grundlage auftreten, können durch entsprechende Stimmungsanomalien, Wahnideen und Halluzinationen, Verwirrtheit, motorische Erregung und Hemmung fast alle bekannten funktionellen Psychosen vortäuschen. Dementsprechend kann man rein äußerlich eine expansive (manische), depressive (hypochondrisch-melancholische), zirkuläre (gemischte), katatonische, deliriöse, wohl auch paranoide Form der Paralyse unterscheiden. Wie den anderen Psychosen, so kann auch dem psychischen Bilde der Dementia paralytica durch die individuelle Eigenart des betreffenden Kranken wenigstens in den ersten Krankheitsstadien eine besondere Färbung verliehen werden. — Jenen sehr mannigfaltigen Formen steht die große Gruppe der Fälle gegenüber, in denen die fortschreitende psychische Schwäche das Bild beherrscht und Erregungen, Wahnideen usw. nur ganz episodisch vorkommen: einfach demente Form der Paralyse.

Auch bei den abwechslungsreichen Formen der zuerst genannten Art findet man aber vielfache Übergänge und unvermittelten Wechsel entgegengesetzter Stimmungen und Vorstellungsinhalte, so daß derselbe Kranke heute manisch, morgen hypochondrisch oder melancholisch erscheinen kann. Eine eigentliche Abgrenzung jener Formen läßt sich also ebensowenig geben wie eine erschöpfende Darstellung der mannigfachen Spielarten, die hier in Frage kommen.

Die **expansive Form** der Dementia paralytica charakterisiert sich in ihren reinsten Typen als ein manieartiges Zustandsbild mit blühendem Größenwahn. Vielfach steigt die obenerwähnte Vielgeschäftigkeit und Hyperaktivität plötzlich zu voller Tobsucht an. In anderen Fällen ist ein ganz allmähliches Zunehmen der Erregung zu beobachten; nach einem einleitenden Stadium der beschriebenen Art tritt eine auffällige Euphorie ein. Alles erscheint dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kranken rosig und hoffnungsvoll; er fühlt sich überkräftig, so gesund wie niemals; er rühmt seine Talente und Fertigkeiten, hat die größten Pläne, die er sofort in die Tat umzusetzen sucht. Er schreibt, telegraphiert, telephoniert nach allen Richtungen, kauft was ihm gefällt, auch ganz nutzlose Dinge, und kommt so zu Ausgaben, die seine Mittel weit überschreiten, macht Geschenke aller Art, veranstaltet Festlichkeiten, zu denen er alle Welt einladet. Allmählich gehen seine Projekte immer mehr ins Ungemessene: gleichzeitig steigert sich das Gefühl der eigenen Bedeutung in entsprechender Weise. Die Ausgestaltung des Größenwahns richtet sich im einzelnen nach der Individualität des Kranken. Im allgemeinen hält sich der Größenwahn der paralytischen Frauen in bescheideneren Grenzen und betrifft mehr interne Angelegenheiten, während der der Männer die Erde und den Himmel umfaßt. Die Kranken entwerfen die kühnsten Baupläne und Weltverbesserungsprojekte, sie korrespondieren mit Königen und Kaisern wie Gleichberechtigte. Sie erfinden neue Geschosse und kugelsichere Panzer von fabelhafter Konstruktion, besitzen ein Mittel, alle Menschen wunderbar schön und 20 Fuß lang zu machen. Sie haben 75000 Milliarden, ganze Berge von Gold „und eine Invalidenrente". Ihnen gehört „das Brandenburger Tor in Berlin und Unterboihingen". Sie sind überall in der Welt gewesen, in Samoa, China, Sumatra „und Wiesbaden". Sie schaffen in dem von ihnen gegründeten Zukunftsstaat alles Geld und alle Steuern ab, verwenden das Silber und das Gold nur noch als Baumaterial, haben ein vierzigstöckiges Haus für 300 Mark gebaut, lassen die Sonne stehen und rückwärts gehen, ernennen Kaiser und Könige, senden auf telegraphischem Wege ganze Eisenbahnzüge in 1 Minute nach Transvaal, schenken dem Kaiser 50 Kruppsche Kanonen, 1000 Linienschiffe, verheiraten sich gleichzeitig mit einer Serbin, einer Baronesse und einer Konfektioneuse — sie sind selbst „Kaiser von Süddeutschland, Schützenkönig von Europa und Obersteiger der Feuerwehr", Reichskanzler von Spanien, Weltpostmeister, Admiral der afrikanischen Flotte, Gesandter des Papstes, Huß, Luther, Papst, Gott, mehr als Gott, Athleten, wunderbar gebaut, haben unzählige Kinder gezeugt, alle Krankheiten gehabt, alle Bazillen getrunken, entleeren unendliche Mengen Stuhlgang, wiegen 1000 Zentner, haben ein Hirngewicht von 90000 Kilo, liegen im Schlaf so ruhig, daß jeder denkt, sie seien tot. Oder sie bezeichnen sich auch als die größten Verbrecher, „Kneisel", sechsfache Raubmörder, haben ganze Möbelwagen für die Fortschaffung der von ihnen Ermordeten gebraucht usw.

Ein gebildeter Paralytiker meiner Beobachtung schrieb in diesem Stadium folgenden charakteristischen Brief:

„Tübingen, 21. VI. 01. Psychiatr. Klinik.

Ihre Durchlaucht Frau Prinzessin X.

Stuttgart, Xstraße 54 pt.

Ich erlaube mir höfl. bei Ihnen anzufragen, ob Sie 4 Zimmer möbliert zu vermieten haben. Ich habe meine Möbel in London bestellt und fallen dieselben großartig aus. Ferner 80 egypt. weiße Esel aus dem Nachlaß der seligen Königin Viktoria. Dürfte ich Durchlaucht um Ihre Hand anhalten!! Ferner bestelle ich in Marokko, wo ich vor 3 Jahren 2 Feldzüge gegen Beduinen mitmachte u. 2 Schüsse in die Brust u. in den Oberschenkel bekam — 4 Berberhengste schwarz 4 Berberhengste weiß. Ferner kämpfte ich unter Menelik von Abessynien gegen die Italiener, erhielt eine Kugel Streifschuß an den Kopf u. 3 Schüsse in die Brust; Ich sagte dann Prosit Mahlzeit. Ich war Major u. erhielt verschiedene Tapferkeitsmedaillen u. die höchsten Orden u. von Abessynien eine Pension von L. 100 000, von Marocco eine solche von Lire 80 000, nebst Orden,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seltene Waffen u. Rüstungen, sowie die schönsten Seidenwaaren. Verzeihen Sie bitte das Schreibpapier, aber man bekommt hier kein besseres u. in die Stadt dürfen wir nicht.

Mit vollkommener Hochachtung verbleibe ich

Durchlaucht Ihr ganz ergebener

Dr. Artur Achilles Hektor Leo Hans
Edgar Cecil Lionel Judah Baron ben Halury
päbstl. Graf von Caserta
Graf von Waldkirch."

Meist lassen sich die Kranken in bezug auf die weitere Ausgestaltung dieses Größenwahns durch Suggestion leicht beeinflussen. Sie selbst halten die betreffenden Ideen nur kurze Zeit fest und bringen immer neue hervor, ohne den Widerspruch zwischen ihrer Umgebung und Behandlung und ihrer vermeintlichen Macht und Würde zu bemerken. Nicht selten verbinden sich mit den Größenwahnvorstellungen hypochondrische Wahnideen. Zuweilen nehmen diese Formen weiterhin einen akuten stürmischen Verlauf, in dem die Kranken rasch zugrunde gehen (agitierte Paralyse, vgl. auch unten die atypischen Formen).

Die **depressive Form** ist charakterisiert durch unsinnige hypochondrische, melancholische und persekutorische Vorstellungen bei entsprechend trauriger Gemütslage. Die Kranken erscheinen mehr oder weniger ängstlich gehemmt, scheu. Sie klagen über mannigfache peinigende Empfindungen; meinen, unheilbar krank, innerlich verfault zu sein, kein Gehirn, keine Lunge, keine Zähne, keine Nase usw. mehr zu haben, innerlich zugewachsen, ganz leer zu sein usw. Sie behaupten, seit 5 Jahren nichts mehr gegessen, keinen Stuhlgang gehabt zu haben; sie haben einen falschen Kopf auf, Hühnerhirn darin, keinen Hinteren, sind ganz klein und zusammengeschrumpft, nur ein Punkt, gar nicht mehr vorhanden (negativer Größenwahn, L. MEYER). — Vielfach überträgt sich diese Empfindungsweise auch auf die Außenwelt: die Kranken behaupten, es sei alles um sie herum scheußlich entstellt, tot, es existiere gar nichts mehr auf der Welt, kein Essen, kein Löffel, kein Stuhl usw.

Melancholische Vorstellungen können sich mit diesen hypochondrischen verbinden oder seltener für sich allein auftreten. Die Kranken machen sich Vorwürfe über frühere Verfehlungen und äußern Versündigungsideen, die sich zunächst von denen der Melancholie nicht wesentlich zu unterscheiden brauchen, weiterhin aber auch durch ihren unsinnigen, ungeheuerlichen Inhalt gekennzeichnet sind; sie sind die größten Verbrecher, haben alle Sünden der Welt begangen, „die ganze Welt ermordet und zugrunde gerichtet". — Vielfach knüpft sich daran die weitere Vorstellungsreihe, durch Polizei abgeholt, verurteilt, in der grausamsten Weise gemartert und getötet zu werden.

Endlich kommt es auch bisweilen zur Entwicklung persekutorischer Vorstellungen, die gleichfalls sowohl durch ihren abenteuerlichen, aller Vernunft widersprechenden Inhalt, wie durch den Mangel ihrer gegenseitigen Verknüpfung und durch ihre Unbeständigkeit den Ursprung aus geistiger Schwäche meist bald erkennen lassen.

Zuweilen treten interkurrent lebhafte halluzinatorische Verwirrtheits- und Erregungszustände auf, in denen die Kranken für sich und andere gefährlich werden können. Die Delirien der Paralytiker verlaufen mit schwerer Auffassungs- und Orientierungsstörung, leb-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haften Halluzinationen, Zittern, Beschäftigungsdrang, Schlaflosigkeit, teils ängstlicher, teils euphorischer Stimmung. — Auch katatonische Symptome (Stupor, Bewegungsstereotypien, Negativismus) werden nicht selten beobachtet.

Die beschriebenen Zustände können längere oder kürzere Zeit anhalten. Zuweilen treten die Wahnideen und die lebhafteren Stimmungsanomalien dann zurück, nicht selten im Anschluß an einen paralytischen Anfall, und die Kranken bieten nun bis zum Ende das Bild einfacher fortschreitender Verblödung. Sehr oft vollzieht sich aber die Entwicklung der Dementia paralytica bis zu dem jetzt noch zu besprechenden Endstadium nicht gleichmäßig fortschreitend, sondern unter zeitweiligen Stillständen oder Nachlässen der Krankheitserscheinungen, den sog. **Remissionen**, die, abgesehen von dem Endstadium, zu jeder Zeit eintreten können und wahrscheinlich auch im Vorstadium nicht selten sind. Über die Häufigkeit der Remissionen bei den verschiedenen besprochenen Formen lassen sich sichere Angaben nicht machen; im ganzen sind sie bei den Fällen mit ausgesprochener Erregung häufiger als bei der depressiven und dementen Form. Mit einer Remission darf nicht verwechselt werden das Abklingen von Erregungszuständen. Während dieses oft sehr schnell, von einem Tage zum anderen erfolgt, tritt die Remission meist allmählich ein. Sie ist in der Regel keine vollständige, sondern es tritt nur eine gewisse Besserung der körperlichen und geistigen Krankheitserscheinungen ein, oder sie betrifft gar nur den geistigen Zustand, während die körperlichen Symptome fortbestehen. Daß in der Remission auch eine bereits bestehende Demenz sich bessert, gehört zu den Seltenheiten. In sehr weitgehenden Remissionen kann der Kranke für gesund gelten und unter Umständen seinen Beruf, wenn dieser nicht mit großer Verantwortung verbunden ist, wieder aufnehmen. Den nächsten Angehörigen fällt indessen auch hier auf, daß er in intellektueller und gemütlicher Beziehung ein anderer geworden ist. Auch die richtige Krankheitseinsicht fehlt meist in der Remission.

Die Dauer dieser Nachlässe beträgt einige Monate, es sind aber auch solche von mehrjähriger Dauer keine große Seltenheit. Mit dem Schwinden der Remission setzt die Krankheit meist da wieder ein, wo sie latent geworden war.

Das **Endstadium der Dementia paralytica** ist das des geistigen und körperlichen Verfalls. Die Kranken werden immer vergeßlicher und zerfahrener; sie verlieren den Rest von Orientierung, den sie vielleicht bis dahin noch hatten, zeigen keine Spur von Interesse mehr für die eigenen Angehörigen, bringen längst Verstorbene und noch Lebende in ihren Gedanken durcheinander; schließlich kennen sie sich selbst nicht mehr, vergessen ihr Alter, ihren Namen. Die Verständigung mit ihnen hört auf, weil sie den Sinn der an sie gerichteten Fragen nicht mehr verstehen können. Nur kümmerliche Reste der früheren Wahnideen tauchen in den zusammenhanglosen und kaum verständlichen Äußerungen der Kranken noch hin und wieder auf, bis mit dem völligen Veröden des Vorstellungsschatzes auch die sprachlichen Äußerungen gänzlich aufhören. Eine Zeitlang vermögen äußere Reize, wie ein Stück Kuchen, eine Zigarre, noch Reaktionen hervorzurufen; später ist auch das nicht mehr der Fall, sie leben völlig teilnahmlos und stumpf dahin, stopfen sich in den Mund, was sie in die Hände bekommen, müssen wie kleine Kinder gefüttert werden und lassen Stuhl und Urin unter sich. Vielfach bestehen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allerhand Zwangsbewegungen und Haltungs- oder Bewegungsstereotypien, wie Kratzen, unermüdliches Hin- und Herlaufen. Schließlich tritt auch ein entsprechender körperlicher Verfall ein. Die Kranken zeigen hochgradige Abmagerung, erleiden trophische Störungen der früher besprochenen Art, bekommen bei geringen äußeren Schädlichkeiten Rippenbrüche und Decubitus, der rasch in die Tiefe fortschreitet und durch seinen Gestank die Luft weithin verpestet.

Die Kranken, die nicht vorher infolge paralytischer Anfälle oder Erstickung beim Essen zugrunde gegangen sind, sterben im Endstadium an Marasmus, Sepsis (vom Decubitus aus), Schluckpneumonie, nicht selten auch an Tuberkulose.

Die im vorstehenden geschilderte Erscheinungs- und Verlaufsweise entspricht der großen Mehrzahl der Fälle von Dementia paralytica. Als wesentliche Kennzeichen haben wir einen langsam zunehmenden eigenartigen Schwachsinn mit charakteristischen körperlichen Symptomen kennen gelernt.

Folgende, durch verschiedene Abweichungen charakterisierte Formen können als **atypische Fälle der Dementia paralytica** zusammengefaßt werden:

1. Die akuten (foudroyanten oder galoppierenden) Paralysen.

Wir verstehen unter dieser Bezeichnung jene Fälle, in denen nach sehr geringen einleitenden Störungen oder ganz ohne solche heftige Erregungszustände von vornherein das Bild beherrschen. Es entwickelt sich rasch ein unsinniger Größenwahn mit großer motorischer Erregung und zeitweiliger ideenflüchtiger Verworrenheit, Reizbarkeit und Gewalttätigkeit. — Die schwersten Fälle dieser Art mit der außerordentlichen Erregung und Unruhe, schweren Benommenheit, den motorischen Reizerscheinungen in Form allgemeinen Schütteltremors, Grimassierens, choreatischer Zuckungen, wilder Jaktation entsprechen dem sogenannten Delirium acutum (vgl. den Abschnitt: Delirien). Die Krankheit nimmt meist einen sehr rsachen, tödlichen Verlauf. Indessen scheint die heutige Behandlung mit Bettruhe und Dauerbädern auch auf diese Formen nicht ohne günstigen Einfluß zu sein. Sie sind übrigens nicht gerade häufig. — Außer diesen Fällen gibt es solche, in denen eine zunächst chronisch einsetzende agitierte, seltener depressive Paralyse weiterhin durch das Eintreten exzessiver Erregung mit plötzlichem Zusammenbruch einen rasch zum Tode führenden akuten Abschluß erhält. — Hier sind endlich auch die Fälle zu erwähnen, in denen sich in den Verlauf einer Paralyse als Episode ein Zustandsbild einschiebt, das die größte Ähnlichkeit mit einem Trinkerdelirium hat, obwohl Alkoholismus sicher auszuschließen ist (paralytisches Delirium).

2. Die stationären Paralysen.

Man versteht hierunter Fälle von schleichender Entwicklung und sehr langsam unter langen Stillständen fortschreitendem Verlauf, in denen sowohl die geistigen als auch die körperlichen Erscheinungen wenig ausgeprägt sind. In ersterer Beziehung behalten die Kranken gewisse einfache Fähigkeiten und Interessen, sind aber doch deutlich stumpf, gedankenlos und unfähig zu regelrechter Beschäftigung. Die charakteristischen körperlichen Störungen wie Sprachstörung, Lähmungserscheinungen, sind nur angedeutet, dagegen besteht meist reflektorische Pupillenstarre oder -Trägheit. Von Zeit zu Zeit können heftige Erregungszustände eintreten, die aber ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hältnismäßig rasch vorübergehen. Auch apoplektiforme Anfälle mit nachfolgenden, aber gleichfalls rasch wieder verschwindenden Lähmungserscheinungen scheinen nicht selten zu sein. — Anatomisch sind diese Fälle durch die Geringfügigkeit der charakteristischen mikroskopischen Veränderungen gekennzeichnet. — Die klinische Diagnose ist hier oft recht unsicher und insbesondere gegenüber den arteriosklerotischen, alkoholischen und posttraumatischen Schwächezuständen schwer zu stellen (siehe auch den Abschnitt: Diagnose).

Hierher gehören endlich die Fälle, in denen sich zu einer Tabes Paralysen von exquisit chronischem Verlauf hinzugesellen. Der geistige Defekt kann hier jahrelang nur die feineren ethischen und ästhetischen Gefühle und Vorstellungen betreffen, während ausgesprochene Urteilsstörungen und Gedächtnisdefekte nicht nachweisbar sind.

3. Die Paralyse mit Herderkrankungen (Lissauersche Paralyse).

Der allgemeine geistige und körperliche Verfall schreitet auch hier sehr langsam fort; die Demenz erreicht erst spät erheblichere Grade, sie ist partieller, aus anderen Defekten zusammengesetzt, mehr der Demenz bei Hirnherderkrankungen ähnlich. Die Krankheit verläuft mit Schüben und Nachlässen. Im Vordergrund stehen kortikale Herdsymptome (Aphasie, Hemianopsie, Rindenlähmungen), die oft im Anschluß an apoplektiforme Anfälle auftreten. Die paralytische Erkrankung läßt das Stirnhirn relativ frei und betrifft ganz überwiegend die hintere Hälfte des Gehirnmantels, wo sie oft in einem ganz umschriebenen Windungsgebiet einer Seite besonders schwere Zerstörungen macht.

4. Die Frühformen der Paralyse.

Die Krankheit entwickelt sich meist in den Entwicklungsjahren (etwa zwischen dem 12. und 17. Lebensjahre), oft aber auch schon in den Kinderjahren, auf dem Boden meist kongenitaler Lues, vielfach bei originär schlecht veranlagten, körperlich und geistig minderwertigen Individuen. Sie befällt beide Geschlechter mit annähernd gleicher Häufigkeit. Das klinische Bild ist fast immer das der einfachen Demenz, selten kommt es zu Erregungszuständen und charakteristischen Wahnideen (Größenideen, hypochondrische Vorstellungen). Paralytische Anfälle epileptiformer Art pflegen sehr häufig zu sein. Die Krankheit zeigt hier nicht die der Dementia paralytica sonst eigene Neigung zu Remissionen; der Verlauf ist ein langsam fortschreitender, oft über 4 und mehr Jahre hingezogener. Für die klinische Diagnose ist in den Fällen, in denen Schwachsinn und epileptische Anfälle das Bild beherrschen, die cytologische und serologische Untersuchung entscheidend. Der anatomische Befund entspricht dem bei der gewöhnlichen Paralyse.

Pathologische Anatomie.

Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica setzt sich zusammen aus makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen. Der Schwerpunkt für die anatomische Diagnose ist auf die letzteren zu legen.

Die harte Hirnhaut ist in mehr oder weniger großer Ausdehnung mit dem Schädeldach verwachsen und zeigt zarte, schleierartige Auflagerungen, zuweilen auch dicke mehrschichtige Schwarten oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

frische Blutextravasate an ihrer Innenfläche (Pachymeningitis interna, Hämatom der Dura). — Die weichen Hirnhäute sind mehr oder minder verdickt und getrübt besonders längs der größeren Venen, an der medialen Hemisphärenkante, im Gebiet der Fissura Sylvii, des Chiasma, des Foramen Magendi und der Fissura cerebri transversa. Die einander zugekehrten Flächen der Pia sind zuweilen in den Furchen zwischen den Lappen miteinander verklebt, die Pia auch mit der Hirnoberfläche durch zarte Adhäsionen oder auch flächenhaft verwachsen und oft nicht ohne Verlust von Hirnsubstanz abziehbar. Die Veränderungen der Pia zeigen meist eine bestimmte Verteilung; sie sind am stärksten über dem Stirn- und Scheitelhirn (auch an ihren mediären Flächen), wenig ausgesprochen über dem Schläfenhirn, am wenigsten über den Hinterhauptslappen, zuweilen auch nicht auf beiden Seiten gleichstark. — Mikroskopisch finden sich in der Pia Vermehrung des Bindegewebes, herdartige Infiltrationen mit Lymphocyten und Plasmazellen (s. unten).

Am Gehirn sind atrophische Veränderungen oft schon mit bloßem Auge erkennbar; es erscheint besonders in seinem vorderen Teil reduziert, zeigt erhebliche Gewichtsabnahme (bis zu einem Gewicht von 1000 g und darunter, statt der Normalwerte von 1360 g beim Manne, 1220 g beim Weibe), die fast nur die Hemisphären und hier vorzugsweise die Stirnlappen betrifft. Die Windungen sind zum Teil kammartig verschmälert, zeigen stellenweise Einsenkungen; die Furchen sind verbreitert, klaffend. Die Rinde erweist sich auf dem Durchschnitt mehr oder minder verschmälert und ist stellenweise mit der Pia fest verwachsen. Die Atrophie betrifft vorzugsweise das Stirnhirn. — Die Ventrikel sind vielfach erweitert und enthalten vermehrte Flüssigkeit (Hydrocephalus internus). Das Ventrikelependym ist besonders in der Gegend der Striae corneae, des Foramen Monroi, vor allem aber im IV. Ventrikel mit feinen oder gröberen Granulationen bedeckt (Verlust des Epithels, Wucherung der Neuroglia).

Die mikroskopische Untersuchung hat neuerdings zur Auffindung der Spirochaete pallida geführt (NOGUCHI), und zwar fand sich diese zahlreicher in der Gehirnrinde als in der weißen Substanz und nur selten in der Nähe von Blutgefäßen.

Im übrigen zeigt die Rinde folgende Veränderungen der nervösen Substanz, der Neuroglia und der Gefäße:

An den Nervenzellen unterscheiden wir mit NISSL als geringere, d. h. das Leben der Zelle noch nicht unbedingt zerstörende Veränderungen: die akute Schwellung und die chronische Sklerose, andererseits als stärksten Grad die sogenannte schwere Veränderung. Die Nervenfasern zeigen in allen länger dauernden Fällen ausgebreiteten Schwund, besonders im Gebiet der Tangentialfasern und des supraradiären Flechtwerks, weniger in dem der Radiärfasern. Außerdem sind oft in den tieferen Rindenschichten da und dort helle Flecke sichtbar, an denen ein zirkumskripter stärkerer Faserschwund stattgefunden hat. Auch die feinen Fibrillen gehen innerhalb und außerhalb der Zellen zugrunde. — Die geschilderten Zellveränderungen können zwar über die ganze Rinde gleichmäßig verteilt sein oder sich in unregelmäßiger Weise bald da bald dort lokalisieren, meist zeigen sie aber ebenso wie der Faserschwund eine gewisse Gesetzmäßigkeit der Verteilung, indem sie die Rinde des Stirnlappens, Scheitellappens und zuweilen auch des Schläfenlappens stärker beteiligen, den Hinterhauptslappen (Fissura calcarina) und die vordere Zentralwindung aber auffallend wenig schädigen. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Neuroglia wuchert überall, wo Nervengewebe zugrunde gegangen ist; es kommt zur Vermehrung der Gliazellen, die im Präparat an massenhaften Gliakernen erkennbar ist, und zu reichlicher Faserbildung. Diese Wucherung ist am stärksten innerhalb der die Rindenoberfläche abgrenzenden Gliahülle, ferner in den Gliascheiden der Gefäße.

Die Blutgefäße der Rinde zeigen endlich besonders charakteristische Veränderungen. Es kommt zur Wucherung der Endothelien und Gefäßneubildung durch Sprossung und Vaskularisierung der gewucherten Intima. Vielfach sieht man stark erweiterte Kapillaren, oft in eigentümlicher Aufknäuelung. Ganz besonders wesentlich ist aber die zellige Infiltration der adventitiellen Lymphscheiden, welche selbst erweitert sind. Man findet hier Lymphocyten und Plasmazellen (rundliche oder auch länglich-eckige Gebilde mit einem meist gegen die Mitte hin gelegenen hellen Hof). Die Plasmazellen sind in den Adventitialscheiden vielfach so zahlreich vorhanden, daß sie die betreffenden Gefäße geradezu mantelartig umgeben, dagegen findet man sie sonst im Rindengewebe nur vereinzelt und auch dann in der Nähe der Gefäße.

Gleichfalls meist in der Nähe der Gefäße trifft man endlich die sogenannten Stäbchenzellen (Nissl), langgestreckte, sehr schmale Gebilde. Die Gefäßinfiltrationen finden sich wiederum am stärksten in der Stirnrinde, um gegen das Hinterhaupt hin schwächer zu werden oder gänzlich zu fehlen.

Betrachten wir dieses aus Veränderungen an den nervösen Gebilden, der Neuroglia und den Gefäßen zusammengesetzte Bild der paralytischen Rindenerkrankung als Ganzes, so stellt es sich verschieden dar, je nachdem es sich um Fälle von akuterem oder ausgesprochen chronischem Verlauf handelt. In den Fällen mit stürmischem Verlauf überwiegen die entzündlichen Vorgänge, insbesondere die Infiltrationen der Lymphscheiden, und auch von den nervösen Elementen zeigen die Nervenzellen die Veränderung der akuten Schwellung, während eigentliche Ausfälle nervöser Substanz noch wenig erkennbar sind. Von hier führen fließende Übergänge zu den langsam verlaufenden Fällen, in denen der Zell- und Faserschwund und die Gliawucherung das Bild beherrscht, die Gefäße und die Zellinfiltrate aber, abgesehen von zerstreuten frischeren Erkrankungsherden, schon deutliche Rückbildungsvorgänge zeigen, die sich insbesondere an den Plasmazellen als Pigmentdegeneration und Vakuolisierung kundgeben und schließlich zum fast vollständigen Verschwinden der Infiltrate führen. Dazwischen liegt die große Masse der Fälle, in denen wir die charakteristischen Veränderungen nebeneinander finden.

Der Untergang der Nervenzellen macht sich durch Lücken bemerkbar, die durch gewucherte Glia und Gefäße ausgefüllt sind. Vielfach liegen die Zellen aber auch enger zusammen, was auf den Schwund des grauen Netzes innerhalb der Rinde hinweist. So kommt es zunächst zur Störung des regelmäßigen Aufbaus der Rinde (Verzerrung des Rindenbildes), die Zellen stehen schief und unregelmäßig da. Bei noch stärkerem Ausfall nervöser Substanz schrumpft die Rinde schließlich zu einem schmalen Saum zusammen, der Rindenaufbau ist völlig zerstört, man sieht fast gar keine Nervenzellen mehr. Die zellige Infiltration der Gefäße und der Pia ist dann nur noch wenig ausgesprochen, auch die Glia zeigt rückschreitende Veränderungen; einzelne Stellen, namentlich um die Gefäße herum, können dabei ganz an Narben erinnern (Alzheimer, Kraepelin).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was die Bedeutung dieser Befunde und ihr Verhältnis zueinander betrifft, so sind weder die Veränderungen an den Nervenzellen, noch der Faserschwund für die Paralyse charakteristisch, da die ersteren bei zahlreichen anderen Krankheiten als allgemeine Zeichen der Zellschädigung, die letzteren mindestens bei senilen Prozessen und Epilepsie vorkommen. Eine größere Bedeutung kommt dem geschilderten Auftreten von Plasmazellen und Stäbchenzellen vor; auch sie kommen bei anderen Krankheiten vor, und zwar die Stäbchenzellen insbesondere bei der Schlafkrankheit (SPIELMEYER), die Plasmazellen sogar bei einer größeren Zahl von Krankheiten (syphilitische Meningoencephalitis, nichteitrige Encephalitis, Lyssa, Schlafkrankheit u. a. m.). Indessen sind die Plasmazellen bisher in keinem sicheren Falle von Paralyse vermißt worden (ALZHEIMER). Man kann also zwar nicht sagen, daß der Nachweis von Plasmazellen das Vorliegen von Paralyse beweist, wohl aber daß ihr Fehlen die Paralyse nahezu sicher ausschließen läßt. Dazu kommen als weitere wesentliche Befunde die Stäbchenzellen, wenn sie in großer Zahl auftreten, die Endothelwucherung und Gefäßneubildung, ausgebreitete schwere Zellerkrankungen und Gliawucherungen, schließlich die Zerstörung des allgemeinen Aufbaus der Rinde. Alles dieses in der mehrfach hervorgehobenen, die vorderen Partien der Hemisphären, insbesondere das Stirnhirn bevorzugenden, hier aber ganz diffusen Ausbreitung.

Abweichend von diesen typischen Fällen finden sich in den oben bereits erwähnten Fällen von Paralyse mit Herderkrankungen neben einer anderen allgemeinen Lokalisation des Prozesses umgrenzte Herde stärkerer Erkrankung und zuweilen von diesen ausgehend weit hinabreichende sekundäre Degenerationen (LISSAUER, STARLINGER). Ein diffuser Schwund der Nervenfasern auch im Marklager der Hemisphären bildet übrigens einen regelmäßigen Befund.

Auch im übrigen zentralen Nervensystem bestehen mehr oder weniger ausgesprochene Veränderungen. Das Kleinhirn zeigt mit den beschriebenen übereinstimmende, aber meist weniger ausgesprochene Anomalien. Dasselbe gilt vom Corpus striatum und Thalamus opticus; der letztere kann aber infolge seiner besonderen Beziehungen zur Gehirnrinde auch durch sekundäre Degeneration erkranken; man sieht dann in ihm keine erheblichen Gefäßveränderungen und Infiltrate, wohl aber Markscheidenzerfall durch das Hemisphärenmark bis in den Thalamus. — Im zentralen Höhlengrau treten Faserschwund und paralytische Gefäßveränderungen, Gliawucherungen, Ganglienzelldegenerationen und Hämorrhagien hervor. Auch die Brücke und Medulla oblongata zeigen entsprechende Befunde. — Den im IV. Ventrikel oft besonders hochgradigen Ependymgranulationen entsprechen hier oft enorme subependymäre Gliawucherungen. — Die Nervenkerne selbst sind vielfach verändert.

Das Rückenmark wird, wie insbesondere FÜRSTNER im Anschluß an die grundlegenden Arbeiten von CARL WESTPHAL durch eingehende Untersuchungen festgestellt hat, bei der Dementia paralytica fast ausnahmslos beteiligt gefunden. Abgesehen von leptomeningitischen Veränderungen finden sich im Seiten- und Hinterstranggebiet Faserdegenerationen, deren Grad, je nach der Art des Falles und insbesondere nach der kürzeren oder längeren Krankheitsdauer bis zum Tode, sehr große Verschiedenheiten zeigen kann; dabei ist oft bemerkenswert die relative Unerheblichkeit der Gefäßveränderungen und Lymphscheidenfiltrationen. Zuweilen läßt sich die Degeneration schon makro-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

skopisch an der grauen Verfärbung der betreffenden Gebiete erkennen; für die sichere Feststellung ist aber eine minutiöse mikroskopische Untersuchung mit Hilfe der feinsten Methoden notwendig. — Nach Fürstners Erfahrungen, die wohl als allgemeingültig angesehen werden können, handelt es sich am häufigsten um kombinierte Erkrankungen der Seiten- und Hinterstränge (62%); es folgen die reinen Hinterstrang- und zuletzt die reinen Seitenstrangerkrankungen. Die paralytische Hinterstrangerkrankung unterscheidet sich meist durch Besonderheiten ihrer feineren Lokalisation von der Degeneration bei der Tabes, doch kommen auch bei der Paralyse mit dieser vollständig übereinstimmende Lokalisationen vor, die aber wohl einer besonderen, auch klinisch abgrenzbaren Gruppe von Fällen angehören. — Auch die paralytische Seitenstrangerkrankung zeigt gegenüber den systematischen Degenerationen bei spastischer Spinalparalyse und bei absteigender Degeneration der Pyramidenbahn gewisse anatomische Besonderheiten. Indessen sind wie oben bereits erwähnt, in neuerer Zeit mehrere Beobachtungen mitgeteilt worden, in denen es auch bei Dementia paralytica von einem Rindenherde aus zu absteigender Degeneration der Pyramiden-Seiten- und Vorderstrangbahn gekommen war.

An den Ganglienzellen des Rückenmarkes, insbesondere denen der Vorderhörner und der Clarkeschen Säulen sind vielfach krankhafte Befunde erhoben worden.

Die Rückenmarkswurzeln, und zwar nicht nur die hinteren, sondern auch die vorderen, zeigen besonders im Lumbal- und Sakralmark häufig regellos verteilte Degenerationen einzelner Fasern und Fasergruppen (Hoche).

Im peripheren Nervengebiet sind Entartungsvorgänge am Peroneus, ferner am Saphenus major, Thoracicus longus beschrieben worden. In neuester Zeit ist es gelungen, bei Paralyse (und noch mehr bei Tabes) im endo- und epineuralen Gewebe teils einzeln auftretende Mastzellen, teils Infiltrate von Lymphocyten und spärlichen Plasmazellen um die Gefäße herum nachzuweisen (G. Steiner).

An den übrigen Körperorganen finden sich außer den Spuren der terminalen Erkrankungen (Pneumonien, Tuberkulose, Sepsis, Pyelonephritis usw.) häufiger ausgebreitete Gefäßveränderungen, namentlich im Anfangsteil der Aorta, die wahrscheinlich syphilitischer Natur sind. — Von französischen und italienischen Autoren wird ferner besonders auf Erkrankungen der Nieren und der Leber hingewiesen, die sich vor allem durch Erweiterung der Gefäße mit herdförmigen kapillären Blutungen und Entartung der Gewebe charakterisieren. In der Nachbarschaft der Kapillaren hat man auch hier zuweilen Plasmazellen und Lymphocyten gefunden.

Vorkommen.

Die über die Häufigkeit der Krankheit angegebenen Zahlen schwanken in weiten Grenzen. Neuere Statistiken sprechen nicht für ein Anwachsen der Erkrankungsziffern, doch ist es schwer, hierüber ein sicheres Urteil zu gewinnen. — Sicher ist, daß die großen Industriezentren viel stärker betroffen sind als die ländlichen Bezirke. Dementsprechend ergeben sich für die Anstalten mit großstädtischer und ländlicher Klientel bei prozentuarischer Berechnung auf die Gesamtaufnahmeziffer Unterschiede von 35—1%. Im Durchschnitt betragen die Paralysen 10—20% der Gesamtaufnahme. — Sehr auffallend sind die großen regionären Verschiedenheiten in der Häufigkeit der Erkrankungen und insbesondere

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Seltenheit der Dementia paralytica in gewissen Ländern, obwohl die Syphilis in ihnen stark verbreitet ist. In dieser Hinsicht ist besonders auf Bosnien und die Herzegowina hinzuweisen, ferner auf einige nichteuropäische Länder. Die Erklärung liegt vielleicht darin, daß das syphilitische Virus nicht überall dasselbe ist, sondern gewisse Wandlungen durchmacht und dann erst das Nervensystem entsprechend zu schädigen vermag. Außerdem sind wohl die besonderen Lebensverhältnisse verschiedener Individuengruppen und darin liegende Schädigungen verantwortlich zu machen (siehe auch unten: Pathogenese).

Geschlecht. Während in früherer Zeit (NEUMANN 1859) das Vorkommen der Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht überhaupt bestritten wurde, fand man in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts für Berlin 1 weibliche Paralyse auf 10—7,5 männliche. Heute treffen diese Zahlen nur noch für einzelne ländliche Bezirke zu. Eine Kollektivberechnung für acht europäische Staaten (Dänemark, Österreich, Italien, Deutschland, Rußland, England, Belgien, Frankreich) ergab zwischen weiblicher und männlicher Paralyse im Durchschnitt ein Häufigkeitsverhältnis von 1:3,8. — Im allgemeinen kann wohl angenommen werden, daß auf 3,5 männliche Paralysen 1 weibliche kommt.

Lebensalter. Die Berechnung fällt verschieden aus, je nachdem man den Beginn der Krankheit schon von den ersten neurasthenischen Prodromen oder erst vom Auftreten der unzweifelhaft paralytischen Initialsymptome datiert. — Berechnet man (mit JUNIUS und ARNDT) den Krankheitsbeginn erst von letzterem Zeitpunkt, so ergibt sich, daß die große Mehrzahl der Erkrankungen in die Zeit zwischen 36 und 45 Jahren fällt und zwar bei beiden Geschlechtern. Dagegen sind unter den Erkrankten der vor und nach dieser Periode gelegenen Altersklassen die Frauen verhältnismäßig zahlreicher. Innerhalb des oben angegebenen Zeitraumes liegt das Erkrankungsmaximum bei beiden Geschlechtern um das 41. Lebensjahr. Bei den Männern steigt aber die Erkrankungsziffer bis zu diesem Zeitpunkt gleichmäßig an, um nachher ziemlich konstant zu sinken; bei den Frauen zeigt die Kurve hingegen mehrere Hebungen und Senkungen, so daß sie einen intermittierenden Charakter erhält.

Nach dem 50. und insbesondere vor dem 30. Jahre sind bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen selten.

Gesellschaftsklasse. Beruf. Ehestand. Bei den Männern überwiegen die Krankheitsziffern der höheren Gesellschaftsklassen über die der niederen. Doch ist die Paralyse auch bei den letzteren häufig. Dagegen sind bei den Frauen die niederen Klassen stark betroffen, die höheren fast immun. — GREIDENBERG drückt das Verhältnis so aus, daß er die Dementia paralytica bei den Männern als eine vorwiegend aristokratische, bei den Frauen als eine fast ausschließlich demokratische Krankheit bezeichnet, indem er gleichzeitig einen allmählichen Ausgleich dieser Differenzen für wahrscheinlich erklärt. — Dem Beruf nach sind unter den Männern vorzugsweise Berufssoldaten (Offiziere), höhere Beamte, Kaufleute, Ärzte, von niederen Beamten anscheinend in besonderem Maße Eisenbahnangestellte, ferner Arbeiter in heißen Betrieben, wie Maschinisten, Heizer, Schmiede usw., endlich Gastwirte, Kellner und Brauer disponiert. — KRAFFT-EBING hebt die Seltenheit der Dementia paralytica bei katholischen Geistlichen, insbesondere im Vergleich mit Offizieren, hervor und erklärt sie aus der soliden, ruhigen Lebensweise und aus der Seltenheit der Lues in jenem Stande. — Im allgemeinen wird angenommen, daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ledige häufiger an Paralyse erkranken als Verheiratete. MENDEL zählte unter 210 paralytischen Männern 57 ledige. Ob dies auch beim weiblichen Geschlecht zutrifft, erscheint zweifelhaft. — Ziemlich groß ist die Zahl der Fälle von konjugaler Paralyse (bzw. Tabes).

RAECKE hat im Jahre 1899 69 Fälle dieser Art zusammengestellt, darunter 7 Fälle, die in 10 Jahren in der Frankfurter Anstalt beobachtet wurden. MÖNCKEMÖLLER verfügte in 6 Jahren in der Berliner Irrenanstalt Herzberge über 18 derartige Fälle. RAECKE fand in 57 Fällen Paralyse beider Gatten, in 14 Fällen Paralyse des Mannes und Tabes der Frau, in 22 Fällen Tabes beider Gatten, in 6 Fällen Paralyse der Frau und Tabes des Mannes. — In MÖNCKEMÖLLERS Fällen bestand 14mal Paralyse beider Gatten, 2mal war der Ehegatte an Tabes, die Frau an Paralyse, 1mal der Gatte an Paralyse, die Frau an Tabes erkrankt, 1mal litten beide Gatten an Tabes.

Ätiologie und Pathogenese.

Der enge Zusammenhang zwischen Syphilis und Dementia paralytica galt schon lange vor den wichtigen Entdeckungen der neuesten Zeit als sicher. P. J. MOEBIUS stellte bereits im Jahre 1893 Tabes und Paralyse als „metasyphilitischen Nervenschwund" zusammen und bemerkte dazu, die syphilitische Genese dieser Krankheiten sei zwar noch nicht allgemein anerkannt, sie gewinne aber täglich an Anhängern und in nicht langer Zeit werde niemand an ihr zweifeln. Diese Prophezeiung des ausgezeichneten Leipziger Neurologen hat sich bald erfüllt. Schon die Ergebnisse der klinischen, sowie der statistischen Forschung, wie wir sie besonders den Arbeiten WILHELM ERBS verdanken, hatten gezeigt, daß Tabes und Paralyse in weitaus den meisten Fällen durch die Lues bedingt, syphilogenen Ursprunges waren. Der Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung ist dann in neuerer Zeit durch Befunde von immer größer werdender Beweiskraft erbracht worden.

Hier ist zuerst zu erwähnen die Vermehrung der Lymphocyten im Lumbalpunktat der Paralytiker, ein Befund, der zwar auch bei nichtsyphilitischen zentralen Erkrankungen vorkommt, bei syphilitischen cerebrospinalen Prozessen aber ganz regelmäßig erhoben wird. — Sodann der fast ausnahmslos positive Ausfall der WASSERMANNschen Komplementbindungsreaktion im Liquor und im Blut des Paralytikers, ein sicherer Beweis für gegenwärtige Lues. — Endlich als letztes Glied der Kette der Nachweis wohlerhaltener Spirochäten in der Großhirnrinde von Paralytikern (durch NOGUCHI und MOORE). Diese Befunde sind weiterhin vielfach, auch am Lebenden mittels Hirnpunktion, bestätigt worden. Wenn die Spirochäten in einer Anzahl von Fällen nicht gefunden sind, so darf doch angenommen werden, daß sie auch hier, wenn auch vielleicht an schwer zugänglichen Stellen und in geringer Zahl vorhanden waren oder wenigstens einmal vorhanden gewesen waren. Wir können also die Syphilis heute mit Sicherheit als Ursache der Dementia paralytica bezeichnen. Indessen hat diese Krankheit doch gegenüber den sonstigen Bildern cerebrospinaler Lues so viele Besonderheiten, daß wir bei alleiniger Berücksichtigung ihres klinischen und anatomischen Bildes kaum an ihren nosologischen Zusammenhang mit jenen denken würden.

Solche Besonderheiten der Dementia paralytica sind: Das späte Auftreten der Krankheit im Verhältnis zum Zeitpunkt der syphilitischen Infektion. Die dazwischen liegende Frist schwankt in weiten Grenzen und beträgt im Durchschnitt 10—15 Jahre. — Der meist verhältnismäßig milde Charakter der seinerzeit stattgehabten syphilitischen Infektion. — Die überwiegende Schädigung des Zentralnervensystems im Vergleich mit der-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jenigen anderer Körperorgane. Auch beim Paralytiker findet man post mortem nicht so selten Veränderungen anderer Organe, die mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit auf Syphilis zu beziehen sind. Derartige Befunde treten aber gegenüber den Veränderungen im Zentralnervensystem sehr in den Hintergrund. — Die Unbeeinflußbarkeit der Dementia paralytica durch medikamentöse Behandlung, — ihr progressiver Verlauf und ihr so gut wie ausnahmslos tödlicher Ausgang. — Endlich ihr eigenartiger, von dem sonst bei Hirnsyphilis vorhandenen durchaus abweichender histologischer Befund. Dieser weist auf einen entzündlich-degenerativen Prozeß vorzugsweise der Großhirnrinde hin, der aber den groben Aufbau des Gehirns völlig ungestört läßt und beide Reihen von Veränderungen, den chronischen Schwund der nervösen Elemente und die glio-vaskulären Vorgänge, unabhängig voneinander zeigt.

Hieraus und aus dem Umstande, daß sich die geschilderten Veränderungen in weit auseinander liegenden Gebieten des Nervensystems, ohne direkten Zusammenhang miteinander vorfinden, darf geschlossen werden, daß es sich um voneinander unabhängige Äußerungen der zugrunde liegenden Schädlichkeit, das heißt also des syphilitischen Virus handelt.

Die Giftwirkung beschränkt sich aber, wie schon oben erwähnt wurde, keineswegs auf das Zentralnervensystem, wenn sie sich auch hier ganz überwiegend geltend macht. Daneben zeigen nicht nur die peripherischen Nerven gewisse krankhafte Veränderungen, sondern es finden sich auch solche zuweilen in recht ausgesprochener Art an den Gefäßen, dem Herzen, den Nieren, der Haut, den Knochen. Dazu kommen allgemeine Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, die sich in erheblichen Schwankungen des Körpergewichtes und der Wärmeregulierung kundgeben.

Es fragt sich, wie diese Wirkungen zustande kommen?

Hier lassen sich im wesentlichen zwei Anschauungen unterscheiden: **Die eine** nimmt an, daß bei der Dementia paralytica eine Abart des syphilitischen Virus wirksam sei, welche eine besondere Affinität zum Nervensystem, eine neurotrope Tendenz besitze. Man spricht deshalb von Lues nervosa oder Syphilis à virus nerveux. Diese Eigenart könnten die Spirochäten allmählich durch biologische Umwandlungsvorgänge erworben haben, vermöge deren sie sich sowohl in ihren pathogenen Wirkungen als auch in ihrer Resistenz von den ursprünglichen Spirochäten weitgehend unterscheiden.

Für die Existenz eines derartigen Virus sprechen diejenigen Fälle, in welchen schwere Erkrankungen des Zentralnervensystems bei sehr verschiedenen Personen nach Infektion an der gleichen Quelle aufgetreten waren.

Beispiele hierfür sind folgende: Ein von einem Fremden infiziertes Kind wird tabisch; das Kind hat seine Mutter, diese wieder ihren Mann infiziert, beide Eltern wurden tabisch. — Drei miteinander befreundete Männer haben sich eines Nachts bei einer syphilitischen Puella infiziert; einer von jenen wird tabisch, die beiden anderen paralytisch. — Fünf miteinander nicht verwandte Männer koitieren mit der gleichen Person; 4 davon wurden syphilitisch und diese alle später tabisch resp. paralytisch. — 7 Glasbläser wurden von einem Kameraden mit der Glaspfeife infiziert (Lippenschanker); nach Jahren hatten von 5 Nachuntersuchten 2 Tabes, 2 Paralyse. — Ein Mann, der 2mal verheiratet war, wurde paralytisch; seine 24jährige Tochter starb an Paralyse und seine beiden Frauen bekamen Tabes. (Nach Erb zitiert.)

Die **andere Erklärung** nimmt keine von vornherein bestehende neurotrope Besonderheit des zur Erkrankung an Paralyse (und Tabes) führenden syphilitischen Virus an. Sie führt die diesen Krankheiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zugrunde liegenden Veränderungen vielmehr darauf zurück, daß die ins Zentralnervensystem gelangten und daselbst, sei es infolge ungenügender Therapie, sei es infolge ihrer besonderen Giftfestigkeit zurückgebliebenen Spirochäten eine allgemeine Toxinwirkung entfalten und nun in dem einen Fall die Veränderungen der Lues cerebrospinalis, in dem anderen die der Dementia paralytica hervorrufen. Wie man sieht, nimmt diese Theorie einen mehr indirekten Zusammenhang zwischen Spirochäteninfektion und Paralyse an und fällt damit wieder zusammen mit der Moebiusschen Auffassung der letzteren als einer metaluetischen Erkrankung, nur auf der gesicherten Basis ätiologischer Erkenntnis.

Beide Erklärungen lassen eine Anzahl von Fragen ungelöst, von denen hier nur die erörtert werden soll, warum von der ungeheuren Zahl syphilitisch infizierter Individuen nur ein verhältnismäßig kleiner Teil (bei Mattauschek und Pilcz nur aus Offizieren bestehendem Material z. B. etwa 4,67% der Fälle) an Paralyse erkrankt?

Wahrscheinlich spielt dabei ein sehr milder Verlauf der ursprünglichen Infektion und ihre ungenügende Behandlung insofern eine Rolle, als dadurch die Gefahr späterer Erkrankung an Paralyse gesteigert wird.

Außerdem müssen aber noch gewisse Hilfsursachen mitwirken, um das Individuum für die Einwirkung des Giftes empfänglich zu machen und die Krankheit auszulösen.

Von individuell prädisponierenden Momenten wird in neuerer Zeit auf die hereditäre Belastung, deren Bedeutung früher sehr gering angeschlagen wurde, wieder größeres Gewicht gelegt. Schüle ist der Meinung, daß auch die Paralyse wahrscheinlich meist nur ein schon zu Psychosen disponiertes Gehirn befalle. Naecke, der die Heredität auf 43% berechnet, betont besonders die relative Häufigkeit der Degenerationszeichen bei paralytischen Kranken und legt, neben der Syphilis, den Hauptwert auf eine meist angeborene, noch nicht näher bekannte, besondere, verschieden stark ausgeprägte Gehirnkonstitution, ein meist invalides (d. h. gegen Noxen verschiedener Art weniger widerstandsfähiges) Gehirn. Demgegenüber legt A. Pilcz der gewöhnlichen, bei den anderen Geisteskrankheiten wirksamen erblich-degenerativen Veranlagung nur geringe Bedeutung bei, ist aber der Meinung, daß es außer der Syphilis noch eine besondere paralytische Disposition gebe, die vererbt sein und auf Grund deren das syphilitische Virus erst seine Wirkung entfalten könne. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt in Frankreich Joffroy, der eine besondere Konstitution des Rückenmarkes oder des Gehirns für erforderlich hält, damit jemand tabisch oder paralytisch werde; nach ihm kommt der Tabiker mit schlechten Hintersträngen, der Paralytiker mit einem schlechten cerebrospinalen Nervensystem zur Welt.

Im Zusammenhang hiermit sei erwähnt, daß man nicht so selten in der Vorgeschichte der paralytischen Kranken andere Geistes- oder Nervenkrankheiten trifft. Vielfach werden die Kranken als von jeher „nervös", reizbar, exzentrisch, neurasthenisch oder hysterisch, auch wohl als imbezill bezeichnet. In dem von Magnan berichteten Fall eines von Haus aus abnormen und psychopathisch veranlagten Menschen begann die Paralyse, abgesehen von charakteristischen körperlichen Zeichen, mit Halluzinationen und systematisierten Wahnideen, die während der mehrfach beobachteten Remissionen jedesmal eine deutliche Weiterentwicklung und Ausbildung zeigten. — Richter teilt den Fall eines psychopathisch schwer belasteten 43jährigen Mannes mit, bei dem nach 10jährigem Bestehen einer halluzinatorischen Paranoia schließ-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich das Bild der Dementia paralytica zur Entwicklung kam und trotz schnell fortschreitenden Verfalls der paranoische Kern in den Vorstellungen deutlich erkennbar blieb. — In einem von LUNDBORG mitgeteilten Fall von konjugaler Paralyse war die Frau bereits zur Pubertätszeit kürzere Zeit geisteskrank, seitdem bildete sich eine periodische (manisch-depressive) Psychose heraus. In der Ehe wurde erst der Mann, dann sie paralytisch.

Ältere Fälle sind mitgeteilt von MENDEL: 44jähriger Mann, mit 20 Jahren hypochondrische Melancholie und Selbstmordversuch; dann 23 Jahre lang gesund bis zur Erkrankung an Paralyse. — Offizier litt als Leutnant an „Manie mit Halluzinationen", erkrankte 14 Jahre später als Oberst an Paralyse; von EICKHOLT: Schwer belasteter Mann machte mit 20 Jahren einen tobsüchtigen Erregungszustand durch und erkrankte 11 Jahre nach seiner Genesung von diesem an Paralyse. — BERG erwähnt eine Kranke, die mit 14 Jahren schon geisteskrank war und etwa 30 Jahre später Paralyse bekam. — Weitere Beobachtungen voraufgegangener primärer Psychosen bei Paralytikern sind von HOUGBERG u. a. gemacht worden.

Als weitere Ursachen kommen in Betracht Alkoholismus, körperliche und geitsige Überanstrengungen (sexuelle Exzesse), traumatische Einflüsse.

Der ätiologische Einfluß des Alkoholmißbrauchs, der in Frankreich und Italien von jeher hoch eingeschätzt worden ist, wird neuerdings wohl mit Recht dafür verantwortlich gemacht, daß die Paralyse auch in solchen Ländern, in denen die Syphilis häufig, der Alkoholismus aber selten ist, zum Teil eine äußerst seltene, ja sogar eine unbekannte Krankheit darstellt.

Die körperlichen und geistigen Überanstrengungen und Gemütserregungen bilden den wesentlichsten Bestandteil des von KRAFFT-EBING mit dem Worte „Zivilisation" bezeichneten ätiologischen Komplexes. Der tatsächliche Einfluß dieser Schädlichkeiten läßt sich freilich kaum feststellen. Es kommen hier alle erschöpfenden Momente in Betracht, die in der heutigen ruhelosen Lebensführung, dem Konkurrenzkampf, der gesteigerten Verantwortlichkeit des einzelnen, den geschäftlichen und anderen Aufregungen und Enttäuschungen usw. ihren Ausdruck finden. Bezüglich der Wirksamkeit dieser Faktoren hat EDINGER eine ansprechende Theorie aufgestellt. Nach ihm sind die Paralyse (und Tabes) den Aufbrauchkrankheiten anzureihen. Die für das Nervensystem eigenartige Elektivität des syphilitischen Giftes beruhe darauf, daß innerhalb des syphilitisch geschädigten Nervensystems der Ersatz für das Verbrauchte dann eine schwere Störung erleide, wenn eine hochgradige, aber nicht für alle Funktionen gleichmäßig geltende, sondern ausgewählte Steigerung der Anforderungen über das normale Maß hinaus auftrete oder wenn an minderwertige Zellkomplexe normale Leistungsansprüche gestellt werden.

Im allgemeinen scheint das Zusammentreffen einer unhygienischen Lebensweise mit geistigen Aufregungen gefährlich zu sein. Dementsprechend kommt die ruhige Geistesarbeit, auch wenn sie sehr gesteigert ist, nur wenig in Betracht, um so mehr aber die Lebensführung des Kaufmannes, was ein Blick in den nervenzerrüttenden Betrieb größerer Börsen verständlich macht. Auch für die verhältnismäßig häufige Erkrankung der Berufssoldaten an Paralyse wird neben der vielfach unsoliden Lebensweise die gesteigerte körperliche Abnutzung als Ursache in Betracht zu ziehen sein. — In körperlicher Beziehung kommen auch die krankhaften Einflüsse in Betracht, welche eine allgemeine Schwächung des Organismus herbeiführen können, also körperliche Krankheiten chronischer Art, sodann von Infektionskrankheiten vielleicht besonders die Influenza.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Rolle des Trauma capitis gehört zu den strittigsten Fragen in der Ätiologie der Dementia paralytica. KAPLAN fand bei 546 Paralytikern der Irrenanstalt Herzberge nur in 4,4% Traumen in der Anamnese angegeben, und auch bei diesen ergab die nähere Nachforschung, daß bis auf 0,9% stets schon Krankheitssymptome dem Unfall zeitlich vorangegangen waren. Man wird also in der Verwertung dieses Momentes sehr vorsichtig sein und mit allen Mitteln danach forschen müssen, ob das Trauma nicht etwa bereits als eine Folge der Erkrankung angesehen werden muß, da die Paralytiker im Anfall oder infolge von Ungeschicklichkeit leicht zu Schaden kommen. Außerdem kommen natürlich nur Traumen von einer gewissen Erheblichkeit in Betracht. Dies gilt insbesondere auch von Traumen anderer Körperteile, die nur von Bedeutung sein können, wenn sie mit einer heftigen allgemeinen Erschütterung und also mittelbar auch mit einer solchen des Gehirns verbunden gewesen sind. — Mit diesen Vorbehalten ist zuzugeben, daß das Trauma entweder prädisponierend wirken kann, indem es einen Locus minoris resistentiae für den Angriff der Spirochäte schafft, oder provozierend, indem eine bis dahin latente Krankheit in die Erscheinung gerufen oder auch eine in langsamem Fortschreiten begriffene in ihrem Verlaufe beschleunigt wird (vgl. auch das Kapitel über traumatische Geistesstörungen).

Neben der Kopfverletzung wird noch die Insolation und die andauernde Wärmebestrahlung des Kopfes bei gewissen Berufsarten angeführt.

Diagnose.

Die Diagnose der Dementia paralytica ist da, wo es sich um vollentwickelte Krankheitsbilder und um die gewöhnlicheren Erscheinungs- und Verlaufsformen handelt, im allgemeinen nicht schwierig. Es kommen hier aber keineswegs allein in Betracht die durch den klassischen Größenwahn oder den nicht minder charakteristischen und ungeheuerlichen hypochondrischen Vorstellungsinhalt gekennzeichneten, sondern ganz besonders auch die unter dem Bilde der einfachen fortschreitenden Demenz und nur mit gelegentlichen Erregungsepisoden verlaufenden Fälle, die an Häufigkeit die ersteren gegenwärtig wohl zweifellos übertreffen. Daneben ist zu bedenken, daß es auch sonst kaum ein psychisches Krankheitsbild gibt, dessen Züge die Dementia paralytica nicht wenigstens zeitweise annehmen könnte, und daß neben den chronischen, innerhalb eines Zeitraumes von 2—3 Jahren zum Tode führenden Fällen einerseits solche von ganz akutem (foudroyantem) Charakter (galoppierende Paralysen), andererseits solche von außerordentlich schleppendem, über viele Jahre hingezogenem Verlauf stehen.

Aus dieser Variabilität der psychischen Zustandsbilder ergeben sich auch auf der Höhe der Krankheit nicht selten erhebliche diagnostische Schwierigkeiten, die noch dadurch gesteigert werden, daß eine genügende körperliche Untersuchung bei den sehr erregten Kranken vielfach längere Zeit nicht möglich ist.

Im allgemeinen sind für die Diagnose der Dementia paralytica folgende Gesichtspunkte von Bedeutung: Bei jeder im Alter von 30—50 Jahren erstmalig erscheinenden Geistesstörung, bei der nicht das Vorhandensein bestimmter Schädlichkeiten (Alkohol, andere Infektionen) zu einer anderen Deutung nötigt, ist insbesondere beim männlichen Geschlecht an Dementia paralytica zu denken und ihr Vorhandensein durch eine ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

naue, auf gründliche Beherrschung der betreffenden neurologischen Untersuchungsmethoden (siehe oben) gestützte körperliche Untersuchung ausdrücklich auszuschließen. — Dasselbe gilt von den in diesem Alter vorkommenden, scheinbar einfachen neurasthenischen und hypochondrischen Zuständen zumal dann, wenn solche auftreten, ohne daß erschöpfende Einflüsse auf die betreffenden Individuen eingewirkt haben oder ihre konstitutionelle Grundlage nachweisbar ist. — Der Nachweis einer stattgehabten syphilitischen Infektion steigert von vornherein die Wahrscheinlichkeit der paralytischen Natur der psychisch-nervösen Erkrankung, er beweist sie aber nicht, da auch bei syphilitisch Infizierten einfache funktionelle Psychosen und Neurosen vorkommen; auch das gleichzeitige Vorhandensein gewisser, auf cerebrale oder spinale Syphilis zu beziehender organischer Störungen innerhalb des Zentralnervensystems rechtfertigt die Diagnose „Dementia paralytica" an und für sich nicht, da cerebrale Syphilis plus Neurasthenie vorliegen kann. — Ebensowenig ist ein Zusammentreffen von Tabes und Geistesstörung beweisend.

Im einzelnen gründet sich die Diagnose, abgesehen von der Entwicklung des Leidens, auf die **eigenartige geistige Schwäche** und die **Lähmungs- und Reizungserscheinungen.** Unter Umständen wird die erstere an sich genügen, um den starken Verdacht der Paralyse zu rechtfertigen. Als völlig gesichert kann die Diagnose aber immer erst mit dem Nachweis der entsprechenden körperlichen Symptome und insbesondere des progressiven Charakters der Krankheit gelten.

Es kommen vor allem in Betracht:

1. Reflektorische Pupillenträgheit oder -starre.
2. Sprach- und Schriftstörung.
3. Steigerung oder Aufhebung (Abschwächung) der Patellarreflexe.
4. Ungleichheit der Facialisinnervation.
5. Der charakteristische Liquor- und Blutbefund.

Die eigentlichen diagnostischen Schwierigkeiten liegen bei der Dementia paralytica auf dem Gebiet der Frühdiagnose. Die große Bedeutung einer solchen liegt bei den vielfachen Schädigungen, die die Verkennung oder falsche Behandlung dieser Frühstadien für das Individuum und auch für die Gesellschaft mit sich bringt (geschäftliche Anordnungen, Eheschließung, Testamentserrichtung), klar auf der Hand.

Die frühesten Vorläufererscheinungen der Paralyse sind vielfach ganz unbestimmter Natur, wie Schlafstörung (Schlafsucht bei Tage), Kopfschmerzen, Neuralgien, Migräneanfälle, oder neurasthenischer Art, wie Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, erschwerte Konzentrationsfähigkeit, subjektive Gedächtnisschwäche. — Sie erscheinen sogleich in einem anderen Lichte, wenn sie sich mit Charakterveränderung und ästhetischer Abstumpfung verbinden, denen ein hoher frühdiagnostischer Wert zukommt. In noch höherem Maße gilt dies von den körperlichen Cerebral- und Spinalsymptomen, wie einseitige oder beiderseitige reflektorische Pupillenstarre oder -trägheit (vgl. aber hierzu das unten S. 381 über isolierte Pupillenstörungen Gesagte), ferner Veränderungen und insbesondere Ungleichheit der Patellarreflexe, die dem Krankheitsausbruch oft lange Zeit vorausgehen können. Eine sehr hohe diagnostische Bedeutung kommt auch den frühen paralytischen Anfällen zu. Es muß immer den Verdacht einer in der Entwicklung begriffenen paralytischen Erkrankung erregen, wenn in dem hier in Betracht kommenden Alter epileptiforme Anfälle zuerst auftreten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ohne daß eine entsprechende Ursache (andere organische Hirnerkrankungen, chronischer Alkoholismus, Arteriosklerose usw.) dafür aufgefunden werden kann und insbesondere, ohne daß früher Epilepsie bestanden hat. — Dasselbe gilt von den apoplektiformen Anfällen leichterer Art, die in Gestalt rasch vorübergehender Sprachbehinderung oder erschwerter Wortfindung nicht selten auf längere Zeit das einzige alarmierende Symptom sind. — Auch die typische paralytische Sprachstörung kann als dauernd vorhandenes oder nur zeitweise sich einstellendes Frühsymptom den anderen Krankheitserscheinungen vorausgehen. Endlich wären hier noch die Augenmuskellähmungen zu erwähnen, die nicht selten jahrelang vor dem eigentlichen Krankheitsausbruch zur Beobachtung kommen.

Die volle Entwicklung der Krankheit pflegt sich in Monaten zu vollziehen. Der allmählich immer deutlicher hervortretende geistige Rückgang führt zur Berufsunfähigkeit. Heitere Erregungs- oder Depressionszustände machen die Anstaltsaufnahme notwendig.

Im übrigen kommen auch bei der **Differentialdiagnose** vor allem die Frühstadien in Betracht.

Die Unterscheidung von den **funktionellen Psychosen** stützt sich in erster Linie auf die oben zusammengestellten, körperlichen Symptome, welche bei jenen fehlen. Es sei deshalb auf die Wichtigkeit einer genauen körperlichen Untersuchung bei allen Geistes- und Nervenkranken hier nochmals hingewiesen.

Gewisse akute Paralysen, in denen zunächst gehäufte epileptische Anfälle, später Zustände hochgradigster psychischer Hemmung, tiefer Bewußtseinsstörung, Desorientiertheit, halluzinatorischer Erregung mit großer motorischer Unruhe zur Beobachtung kommen, können vorübergehend zu Verwechslungen mit **Epilepsie** Veranlassung geben.

Für die Abgrenzung von der **Katatonie** kommt bei dieser das jüngere Alter, das dauernde Vorherrschen der katatonischen Symptome, die eigenartige psychische Schwäche, das Fehlen der charakteristischen körperlichen Zeichen der Paralyse und insbesondere der Lymphocytose in Betracht.

Besondere Wichtigkeit hat die Differentialdiagnose gegenüber der **Neurasthenie,** die außerordentlich oft verfehlt wird, indem fälschlich sowohl Neurastheniker für Paralytiker, als auch umgekehrt Paralytiker für Neurastheniker erklärt werden. Die Verwechslung liegt nahe, weil es eine Reihe von Zügen gibt, die beiden Krankheiten gemeinsam sein können. Dieses sind: Kopfdruck, Schwindel, Schlaflosigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit, Reizbarkeit, schweres Krankheitsgefühl, Mattigkeit, Angstgefühl, oft mit Selbstmordneigung. Dazu kommt, daß beide Krankheiten vorwiegend in das kräftigste Lebensalter fallen, und daß bei beiden als ätiologische Momente Überanstrengungen, Exzesse usw. nicht selten geltend gemacht werden.

In manchen Fällen muß die Frage, ob die betreffenden Störungen als einfache Neurasthenie oder, wie dies häufig vorkommt, als Frühsymptome der Dementia paralytica anzusehen sind, unter solchen Umständen einstweilen offen bleiben.

Im allgemeinen können folgende Gesichtspunkte differentialdiagnostisch von Wert sein: Wenn nach einer adäquaten Ursache (Überanstrengung, andauernde tiefe Gemütsbewegungen) ein plötzlicher Zusammenbruch bei einem vorher gesunden oder nur im allgemeinen nervösen Menschen erfolgt, so spricht das ceteris paribus mehr für Neurasthenie, da bei der Paralyse die nervöse Erschöpfung mehr allmählich einzutreten pflegt. — Die affektive Reizbarkeit ist beim Paralytiker,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch das Mißverhältnis zwischen Ursache und Wirkung oft sehr deutlich charakterisiert. Im übrigen gibt sie an und für sich kein sicheres Unterscheidungsmerkmal ab, da auch die Reizbarkeit des Neurasthenikers sehr groß sein kann. — Dagegen ist für den Paralytiker charakteristisch die Labilität und Bestimmbarkeit der Affekte, vermöge deren die tiefste und hoffnungsloseste Verstimmung plötzlich in vollste Euphorie umschlagen kann, und insbesondere die Unfähigkeit zu richtiger Selbstbeobachtung und Selbstbeurteilung. Während der Neurastheniker seine krankhaft veränderte Selbstempfindung in allen ihren Äußerungen auf das peinlichste registriert und zu hypochondrischen Befürchtungen logisch verarbeitet, zieht der Paralytiker zwar aus seinen gleichfalls objektiv nicht begründeten Beschwerden die absurdesten Schlüsse, kümmert sich aber gar nicht um die tatsächlich vorhandenen groben Ausfallserscheinungen auf geistigem und körperlichem Gebiet (grobe Erinnerungsdefekte, Sprach-(Lese-)störung, unsicherer Gang usw.). Man kann ihn deshalb ohne besondere Vorsichtsmaßregeln nach allen Richtungen untersuchen; er nimmt kaum davon Notiz, während der Neurastheniker den Gang der Untersuchung mit ängstlicher Aufmerksamkeit verfolgt und nach den Ergebnissen fragt.

Was die **anderen organischen Gehirnerkrankungen** betrifft, so werden Hirntumoren nur selten Anlaß zu Verwechslungen geben; es könnten höchstens die ohne Lokalsymptome, dafür aber mit den Zeichen der Demenz (Witzelsucht, Euphorie) verlaufenden Stirnhirntumoren in Betracht kommen. Da es sich hierbei meist um große Geschwülste handelt, wird die Stauungspapille selten fehlen, die bei Dementia paralytica nicht vorkommt.

Die Abgrenzung der Dementia paralytica von den **arteriosklerotischen Geistesstörungen** kann große Schwierigkeiten machen, wenn jene in geistiger und körperlicher Beziehung sich nur bis zu einem gewissen Grade entwickelt und nicht den charakteristischen progressiven Verlauf nimmt. Hier ist Wert zu legen auf die Eigenart des geistigen Defektes bei Arteriosklerose, der kein so allgemeiner ist wie bei der Dementia paralytica und in den Intervallen plötzlich überraschend zurücktritt. Ferner pflegen Größenwahnideeen bei der Arteriosklerose zu fehlen, oder doch viel ärmlicher und mehr episodisch aufzutreten, wenn auch eine schwachsinnige Euphorie bestehen kann. Im übrigen werden auch hier die charakteristischen körperlichen Symptome der Paralyse meist entscheidend sein, wenngleich einige davon auch bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen vorhanden sein können; dies gilt auch von der Pupillenstarre oder -trägheit. Für Arteriosklerose können im Zweifel die anderweitigen körperlichen Zeichen einer solchen (Koronararteriensklerose, Albuminurie usw.) sprechen.

Die Zustände **posttraumatischer Demenz**, die unter Umständen der Dementia paralytica sehr ähnlich sehen können, lassen sich gleichfalls meist durch den mehr stationären Charakter des geistigen Defektes, ferner durch das Fehlen der charakteristischen körperlichen Zeichen, insbesondere der reflektorischen Pupillenstarre von der Dementia paralytica unterscheiden. — Es gibt aber Fälle, in denen die Differentialdiagnose äußerst schwierig und erst nach längerer Beobachtung möglich ist.

Auch die **diffusen luetischen Hirnerkrankungen** können der Dementia paralytica sehr ähnliche Bilder hervorrufen. Hier kommt differentialdiagnostisch auf körperlichem Gebiet die eigentümlich regellose Kombination und der häufig rudimentäre Charakter, sowie die Mannigfaltigkeit und Wandelbarkeit der Symptome bei der Syphilis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Betracht. Außerdem ist die Pupillenstarre bei der letzteren häufiger eine totale, d. h. auch die Mitbewegung bei Akkommodation und Konvergenz betreffende. — Im übrigen vgl. auch das Kapitel über andere Geistesstörungen in Folge von Syphilis.

Hier sei auch auf die diagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen, die in manchen Fällen von **Psychose bei Tabes** entstehen können. Mehrfach hat man hier den charakteristischen paralytischen Rindenbefund erhoben in Fällen, in denen das klinische Bild nicht unwesentlich von dem der Paralyse abwich. Sicherlich sind viele, aber keineswegs alle Fälle von Demenz bei Tabes paralytisch. Außerdem kommen bei Tabikern auch andere Psychosen vor, insbesondere das manisch-depressive Irresein, ferner halluzinatorische Zustände akuter und chronischer Art, welche an die Halluzinose der Trinker erinnern (ALZHEIMER).

Was endlich die **Dementia senilis** betrifft, so kann das Alter gegenüber den Fällen von Senium praecox nicht als Unterscheidungsmerkmal dienen. Doch wird die Unterscheidung meist auf Grund der organischen Lokalsymptome möglich sein (vgl. das Kapitel Senile Geistesstörungen).

Von **Intoxikationszuständen** kommt für die Differentialdiagnose in erster Linie der chronische Alkoholismus in Betracht — Auch hier stellen Reizbarkeit, ethische Verkümmerung und Intelligenzdefekte auf geistigem Gebiet, Störung des Schlafes, Kopfschmerzen, Reizerscheinungen, Krampfanfälle, bei bestehender Neuritis auch Abschwächung bis Aufhebung der Patellarreflexe auf körperlichem Gebiete gemeinsame Krankheitszeichen dar; dagegen bildet die reflektorische Pupillenstarre hier nur einen seltenen Befund, es fehlt meist die typische Sprachstörung, endlich erweist sich die Krankheit bei Entziehung des Alkohols nicht nur nicht als progressiv, sondern sogar als rückbildungsfähig. — In geistiger Beziehung kann die charakteristische gutmütige Schwäche, die Sorglosigkeit und Gleichgültigkeit, der eigenartige Trinkerhumor, ferner die vielfach bestehende Neigung der Alkoholisten zu halluzinatorischen Trugwahrnehmungen, und der Eifersuchtswahn auf die rechte Spur leiten. Dagegen können ohne Kenntnis der Entwicklung des Falles die bei der Dementia paralytica zuweilen interkurrent auftretenden deliranten Zustände leicht mit Delirium tremens verwechselt werden; hier ist zu beachten, daß bei den paralytischen Delirien die Benommenheit größer, die Auffassung und Orientierung allgemeiner gestört ist wie beim Trinkerdelir, daß die deliranten Erscheinungen bei jenen auch viel hartnäckiger sind und nach scheinbarer Aufhellung wiederkehren. Übrigens können sich die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus und der Dementia paralytica auch in mannigfacher Weise miteinander verquicken.

Auch bei den mit Erregung, Innervationsstörungen, Sprach- und Schlafstörung, peripherischen Lähmungen verlaufenden Fällen von Encephalopathia saturnina können Verwechslungen vorkommen, für die Diagnose kommen hier in Betracht die typischen Zeichen der Bleivergiftung (Bleisaum, Radialislähmung, Bleikachexie, Bleikoliken), der spezifische Beruf der Kranken, das Fehlen der Pupillenstarre.

Bei Diabetes kommt in seltenen Fällen ein Symptomenkomplex von motorischen und psychischen Schwächeerscheinungen zustande, der dem Bilde der paralytischen Demenz gleicht. Zuweilen übt die antidiabetische Therapie einen günstigen Einfluß auf den Krankheitszustand aus, was differentialdiagnostisch in Betracht kommen kann (LAUDENHEIMER).

Als Pseudoparalysis uraemica sind einige Fälle beschrieben,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in denen die Urämie das Symptombild der Dementia paralytica nachahmt. L. Bruns faßt als beiden Krankheiten gemeinsame Symptome zusammen: psychische Störungen vom Charakter der Abschwächung der Intelligenz mit Gedächtnisstörungen und Reizbarkeit; apoplektiforme, epileptiforme und Schwindelanfälle (Sehstörungen), Kopfschmerzen, Störungen der Sprache und zum Teil auch der Schrift, Tremor der Zunge und der Gesichtsmuskulatur, der Hände, Mono-, Hemi- und Paraparesen mit erhöhten Sehnenreflexen; dazu als der Paralyse nicht eigentümliche Symptome: häufiges Erbrechen, schwere Magenstörungen bei Appetitlosigkeit, Asthmaanfälle, Eiweiß im Urin, Retinitis albuminurica. — Besserung bei entsprechender Behandlung: das wichtigste differentialdiagnostische Moment ergibt die Urinuntersuchung. Lues fehlt oft, ebenso Veränderungen an den Pupillen. Eine Intelligenzstörung kann durch Benommenheit vorgetäuscht werden, besteht aber in Wirklichkeit nicht. Die psychischen Symptome sind nicht progressiv.

Prognose.

Der gewöhnliche Ausgang der Dementia paralytica ist der Tod. Die Dauer der Krankheit wird im Durchschnitt auf 2—3 Jahre angegeben, doch darf angenommen werden, daß sie bei Einrechnung des Prodromalstadiums im allgemeinen länger ist. Eine Berechnung der Krankheitsdauer für die einzelnen Formen der Dementia paralytica ergibt, daß die einfach-dementen Formen im allgemeinen am langsamsten, die depressiven und die agitierten am schnellsten verlaufen. Eine besondere Stelle nehmen, wie schon oben erwähnt wurde, die Fälle von stationärer Paralyse sowie diejenigen ein, in denen sich zu einer regulären Tabes nach längerer Zeit die Cerebralerscheinungen der Paralyse hinzugesellen. Ob es bei der echten Paralyse zu einem endgültigen Stillstand oder einer Heilung mit Defekt kommen kann, ist zweifelhaft. Gegenüber den Angaben über geheilte Paralytiker ist im allgemeinen große Skepsis erforderlich; meist handelt es sich dabei wohl entweder um Fehldiagnosen, um die erwähnten „stationären" Formen, oder um abnorm lange und tiefe Remissionen, die aber schließlich doch nicht von Dauer sind.

Therapie.

Von einer eigentlichen Behandlung der Paralyse kann keine Rede sein. Die Versuche mit einer antisyphilitischen Behandlung haben nach der Erfahrung der meisten Psychiater kaum Aussicht auf Erfolg. Auch die Hoffnungen, welche auf die Salvarsanbehandlung gesetzt wurden, haben sich leider nicht erfüllt, da es wohl nicht selten gelingt, die positive Wassermannsche Reaktion zum Verschwinden zu bringen, nicht aber den paralytischen Prozeß selbst zu beeinflussen. Immerhin wird in frischen Fällen gegen entsprechende therapeutische Maßnahmen nichts einzuwenden sein.

Durch künstliche Erzeugung von Fieber und Hyperleukocytose haben Wagner von Jauregg, und Donath und Fischer auf den Krankheitsverlauf einzuwirken versucht, ersterer durch Injektionen des Kochschen Alttuberkulins abwechselnd mit spezifischen Kuren, letztere durch Injektionen von Natrium nucleinicum. Auf diese Weise ist es mehrfach gelungen, erhebliche, wenn auch vorübergehende Remissionen herbeizuführen.

Im übrigen beschränkt sich unsere Aufgabe darauf, einerseits für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rechtzeitige Sicherstellung der Kranken und ihrer Umgebung zu sorgen, andererseits ihnen die traurige Lage nach Möglichkeit zu erleichtern. Letzteres geschieht durch alle Mittel der heutigen Kranken- und insbesondere Irrenpflege, ersteres durch die Unterbringung in einer geeigneten Anstalt und durch frühzeitige Entmündigung. In Fällen, in denen die Krankheit mit einem heftigen Erregungszustand expansiver oder depressiver Art beginnt, empfiehlt es sich, diese sogleich durchzuführen. Man vermeidet damit die Schwierigkeiten, welche sich später, wenn Beruhigung und vielleicht sogar eine weitergehende Remission eingetreten ist, der Entmündigung nicht selten entgegenstellen. Auch in diesem Falle ist sie aber bei sicher festgestellter Paralyse angezeigt, weil Kranke, die über etwas zu verfügen haben, durch ihre leichte Bestimmbarkeit in beständiger Gefahr sind, ausgebeutet zu werden. Während einer Remission sei man mit der Aufhebung der Entmündigung vorsichtig, weil ein unvorhergesehener Rückfall jederzeit eintreten kann. Der nicht entmündigte Paralytiker ist vor jedem Rechtsgeschäft (Testierung) ad hoc zu untersuchen. Sehr schwierig kann die nachträgliche Feststellung der Testierfähigkeit sein. Die Form und auch der Inhalt des Testaments, sowie sonstige Schriftproben sind dann von großer Wichtigkeit. Das Bestehen gewisser körperlicher Symptome (Pupillenstarre, Augenmuskellähmungen) zu jener Zeit genügt nicht, um die Testierfähigkeit auszuschließen.

Mit dem Strafgesetz kommen die Paralytiker besonders durch solche Handlungen in Konflikt, die sich aus ihrer sittlichen Abstumpfung, Urteilsschwäche und mangelhaften Beherrschung der Affekte ergeben. Hier kommen in Betracht Fälschungen, Zechprellereien, Diebstähle, ferner grober Unfug, unsittliche Handlungen, Beleidigung, Widerstand, Beteiligung an strafbaren Handlungen anderer. Der sichere Nachweis einer Paralyse schließt die Zurechnungsfähigkeit aus.

Literatur.

Außer den bekannten Lehrbüchern der Psychiatrie:

Alzheimer, Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LII.

Derselbe, Über atypische Paralyse. Monatsschr. XI.

Derselbe, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Jena 1904.

Bayle, Recherches sur l'arachnite chronique. Paris 1822.

Binswanger, Die pathologische Histologie der Großhirnrindenerkrankung bei der progressiven Paralyse. Jena 1893.

Derselbe, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klinische Wochenschr., Nr. 49, 1894.

Derselbe, Beiträge zur Pathogenese und differentiellen Diagnose der progressiven Paralyse. Virchows Arch., Bd. CLIV, 1898.

Derselbe, Die allgemeine progressive Paralyse der Irren. Deutsche Klinik 1901.

Bruns, L., Über Urämie unter dem Symptomenbild der progressiven Paralyse. Festschrift. Nietleben 1897.

Boedeker-Juliusburger, Anatomische Befunde bei Dementia paralytica. Neurol. Centralbl. 1897.

Buchholz, Ueber die akut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica.

Calmell, De la paralysie chez les aliénés, Paris 1826, und Nouveau dict. de méd., T. XXVIII, p. 173.

Cassierer, Tabes und Psychose. Berlin 1903.

Edinger, L., Über die Rolle des Aufbrauches bei den Nervenkrankheiten. Archiv für Psych. Bd. 44.

Erb, Syphilis und Tabes. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 1—4, 1904 und zahlreiche frühere Arbeiten desselben Autors.

Derselbe, Die beginnende Klärung unserer Anschauungen über den Begriff der Metasyphilis des Nervensystems. Heidelberg 1913.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ESQUIROL, Dict. des sciences médicales, T. VIII, p. 283, 1814, art. „Démence", und später ebenda, T. XVI, p. 211; ferner: Des maladies mentales, T. II, p. 263, 1838.
FALRET, J., Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralyt. générales. Paris 1853.
FISCHER, O., Gibt es eine Lues nervosa? Zeitschrift für die ges. Neur. u. Ps. 1913.
FORSTER, Über den Nachweis lebender Spirochäten im Paralytikergehirn. Neurol. Centralbl. 1913.
FÜRSTNER, Ueber die spinalen Veränderungen bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII und zahlreiche frühere Arbeiten dieses Autors.
Derselbe, Zur Pathogenese der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych., Bd. XII.
GAUPP, Neuere Arbeiten über die progressive Paralyse der Irren. Monatsschr. f. Psych., Bd. XCVII.
Derselbe, Die Prognose der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. 1904.
HAUPTMANN, Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormengen (Auswertungsmethode) etc. D. Z. für Nervenheilkde. 1911.
HEILBRONNER, Rindenbefunde bei progressiver Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII.
HIRSCHL, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Wien 1896.
HOCHE, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. ALTsche Sammlung 1900.
JOLLY, Syphilis und Geisteskrankheit. Berliner klin. Wochenschr. 1901.
JUNIUS u. ARNDT, Beiträge zur Statistik, Ätiologie, Symptomatologie u. pathol. Anatomie der progr. Paral. Arch. f. Ps. 1908.
KRAEPELIN, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl., Kapitel: Dementia paralytica.
KRAFFT-EBING, Die progressive allgemeine Paralyse. NOTHNAGEL, IX, Bd. III.
LAUDENHEIMER, Paralytische Geistesstörung infolge von Zuckerkrankheit (diabetische Pseudoparalyse). Arch. f. Psych., Bd. XXIX.
LISSAUER-STORCH, Über einige Fälle atypisch. progressiver Paralyse. Monatsschr. f. Psych. 1901.
MATTAUSCHEK und PILCZ, Beitrag zur Lues.-Paralyse-Frage. Zeitschr. f. d. ges. Neur. 1911.
Dieselben, Zweite Mitteilung ebenda 1913.
MENDEL, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.
MEYER, E., Über cytodiagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Berliner klin. Wochenschr. 1904.
MOEBIUS, P. J., Abriß der Nervenkrankheiten. Leipzig 1893.
MOORE, Ueber das Vorhandensein des Treponema pallidum im Gehirn der progr. Paral. Z. für d. ges. Neur. usw. 1913.
MURATOW, Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Neurol. Centralbl. 1897.
NAECKE, Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. Neurol. Centralbl. 1900.
NEISSER, Die paralytischen Anfälle. Stuttgart 1894.
NISSL, Die Diagnose der progressiven Paralyse. Ref. im Neurol. Centralbl. 1902, S. 1151 (und zahlreiche frühere Arbeiten desselben Autors).
NOGUCHI, Nachweis der Spiroch. pallida im Centralnervensystem bei d. progr. Paral. und bei der Tabes. Münch. med. W. 1913.
Derselbe, Dementia paral. u. Syphilis. Berl. kl. W. 41.
NONNE und APELT, Ueber fraktionierte Eiweißausfällung in der Spinalflüssigkeit urw. Arch. f. Ps. 1907.
OBERSTEINER, Die progressive allgemeine Paralyse. Wien 1908.
RAECKE, Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV.
SCHÜLE, Statistische Ergebnisse aus 100 Fällen von progressiver Paralyse. Jahrb. f. Psych. XXII.
SIEMERLING, Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Irren. Charité-Annat. XIII.
STARLINGER, Beitrag zur pathol. Anatomie der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych. VII.
STEINER, G., Beiträge zur pathol. Anat. der peripheren Nerven bei den metasyph. Erkrankungen. Arch. für Ps. 1912.
Derselbe, Moderne Syphilisforschung u. Neuropathologie. Berlin 1913.
STRAUB, Gefäßveränderungen bei allgem. Paralyse. Naturforscherversamml. 1899.
THOMSEN, Über paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu zehn Jahren vorausgehen. Allg. Zeitschr. f. Psych. LII.
TUCZEK, Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. Berlin 1884.
VOGT, Das Vorkommen der Plasmazellen in der menschlichen Hirnrinde. Monatsschr. f. Psych. IX.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weigert, Beiträge zur Kenntnis der normalen menschlichen Neuroglia, 1895.
Weil und Kafka, Weitere Untersuchungen über den Hämoglobingehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei akuter Meningitis u. progr. Paral. Med. Kl. 1911.
Westphal, A., Ätiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Char.-Ann. XVIII.
Westphal, C., Über den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Archiv f. Psych., Bd. I. Außerdem desselben Autors grundlegende Arbeiten über Rückenmarkserkrankungen bei Paralyse. Gesamm. Abhandl. I, 1892.

Andere Geistesstörungen infolge von Syphilis.

Bei syphilitisch Infizierten können sich verschiedenartige nervöse und psychische Störungen einstellen, ohne daß dafür die Infektion als solche ätiologisch verantwortlich zu machen wäre. So wird die bloße Tatsache der stattgehabten Infektion nicht selten die Quelle gemütlicher Erregungen, die an und für sich als physiologish gelten, bei entsprechender Disposition aber der Ausgangspunkt tieferer hypochondrischer Verstimmungen werden können. Ein nur mittelbarer Zusammenhang mit der Syphilis besteht auch in den Fällen, in denen diese infolge eines durch sie bedingten allgemeinen Schwächezustandes die Grundlage psychisch-nervöser Krankheitserscheinungen wird. Es handelt sich dabei gleichfalls um neurasthenisch-hypochondrische Zustandsbilder, wobei aber auch hysterische Züge nicht selten vorhanden sind. Zwischen Syphilis und Hysterie bestehen übrigens auch insofern Beziehungen, als durch hinzutretende Syphilis akute mächtige Ausbrüche einer schon vorher bestehenden Hysterie bewirkt werden können.

Was die eigentlichen, durch Syphilis bedingten Störungen betrifft, so haben wir es auch hier zuerst mit solchen zu tun, die durch ihren unbestimmten Charakter als neurasthenische imponieren können, Tatsächlich handelt es sich aber um Veränderungen organischer Art und zwar um **syphilitische Meningealaffektionen,** welche nur unbedeutende, unter Umständen sogar gar keine klinische Erscheinungen machen. Neuere Untersuchungen haben nämlich zu dem sehr wichtigen Ergebnis geführt, daß im Sekundärstadium der Lues verhältnismäßig oft solche syphilitische Meningealaffektionen vorkommen (Hauptmanns „frühluetische Meningitiden"). Man muß deshalb mit der Annahme einer einfachen Neurasthenie bei Syphilitikern sehr vorsichtig sein und, wenn irgend möglich, den Sachverhalt durch Lumbalpunktion aufklären. Als Zeichen der syphilitischen Meningealaffektion findet man dann Lymphocytose und Globulinvermehrung, ferner positive Wassermann-Reaktion im Lumbalpunktat.

Dasselbe gilt von gewissen **Spätformen der Epilepsie,** die auf dem Boden der Syphilis nicht selten sind. Die Anfälle zeigen dabei im allgemeinen dieselben Abarten, wie wir sie bei der echten Epilepsie kennen, treten aber meist erst in etwas reiferem Alter auf. Bei genauerer Untersuchung finden sich diese oder jene körperlichen Zeichen der Hirnerkrankung (Veränderungen von seiten der Pupillen, des Opticus, Acusticus oder anderer Hirnnerven, Hemiparesen usw.), die auf die Besonderheit des Falles hinweisen. Solche Zeichen können aber auch fehlen.

Besonders wichtig sind ferner die **isolierten Pupillenstörungen,** die auf dem Boden der Syphilis nicht selten vorkommen. Es handelt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich dabei sowohl um Anomalien der Größe und Form der Pupillen bei normaler Reaktion, als auch besonders um Veränderungen der Reaktion, sei es in Form der Lichtstarre bei erhaltener Konvergenzreaktion, sei es in Form der totalen Starre (Fehlen der Lichtreaktion und bei Konvergenz). Diese Befunde sind zwar oft die Vorläufer einer cerebrospinalen Lues oder einer metaluetischen Erkrankung (Paralyse, Tabes). In einer nicht geringen Zahl der Fälle haben sie aber nur die Bedeutung einer Narbe oder eines Restsymptoms, indem sie lediglich darauf hinweisen, daß ein syphilitischer Prozeß am Zentralnervensystem zur Abheilung gekommen ist.

Von eigentlichen Geistesstörungen bei Syphilis sind relativ häufig gewisse geistige Schwächezustände, die vielfache klinische Beziehungen zur Dementia paralytica haben. Diese Fälle entsprechen im wesentlichen der **postsyphilitischen Demenz** (BINSWANGER); sie sind neuerdings von KRAEPELIN als syphilitische Pseudoparalyse zusammengefaßt worden.

Nach den erwähnten Prodromen zeigen sich deutliche geistige Ausfallserscheinungen (Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit; die Kranken sind zerstreut, ermüden leicht, sind zeitweise unklar), wobei aber die Urteilsfähigkeit zunächst verhältnismäßig wenig betroffen zu sein pflegt. Auch sonst macht sich hier vielfach eine ungleichmäßige Beteiligung der einzelnen seelischen Leistungen geltend; bald ist vorzugsweise die Auffassung geschädigt, bald überwiegt die Merkschwäche, bald die gemütliche Abstumpfung. Sehr oft beurteilen die Kranken ihren Zustand ziemlich richtig, nehmen auch noch Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung und bewahren lange eine gute äußere Haltung. Wahnvorstellungen bilden keine regelmäßige Erscheinung, treten aber öfters als Verfolgungs-, Größen- oder hypochondrische Ideen auf. In manchen Fällen kommt es zu Erregungszuständen manischer Art mit Rededrang, Ideenflucht und Größenideen. Auch deliriöse Zustände mit Personenverkennung und lebhaften Sinnestäuschungen kommen episodisch vor. Die letztgenannten beiden Zustandsbilder werden übrigens unter der Bezeichnung deliriöse Verwirrtheit und expansive Pseudoparalyse auch als selbständige syphilitische Psychosen beschrieben.

In körperlicher Hinsicht finden sich mannigfache Zeichen der Gehirnerkrankung. In den Fällen mit Gummabildung kann das Krankheitsbild völlig dem eines Hirntumors entsprechen; wir finden die bekannten Allgemein- und Herdsymptome der raumbeschränkenden Erkrankung des Schädelinnern. Im einzelnen werden Anfälle epileptischer (Rindenepilepsie) und apoplektischer Art sehr häufig beobachtet, von Lähmungen besonders solche der Augenmuskeln, ferner reflektorische oder totale Pupillenstarre (vielfach nur einseitig), auch Neuritis optica. Die Sprache ist zuweilen etwas stockend, verlangsamt, skandierend, aber meist nicht schwer gestört und nicht selten auch ganz normal. Auch die Schrift ist meist wenig verändert. Lähmungserscheinungen an den Gliedern, Störungen des Ganges, ROMBERGsches Phänomen, Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, nicht selten ungleichmäßig auf beiden Seiten, Fußklonus, BABINSKIsches Symptom usw. sind oft vorhanden. Zuweilen finden sich am Körper die Zeichen älterer syphilitischer Erkrankungen. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergibt eine oft nur mäßige Lymphocytose; im Blut und meist auch im Liquor findet sich positive Wassermannreaktion.

Der Verlauf ist im allgemeinen langsam und zuweilen durch jahrelange Stillstände und erhebliche Schwankungen gekennzeichnet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch die körperlichen Erscheinungen sind oft von wechselnder, flüchtiger Art.—Meist tritt allmählich ein stationärer geistiger Schwächezustand mäßigen Grades ein; die Kranken zeigen eine auffällige Sorglosigkeit und Zuversichtlichkeit, sind reizbar, bestimmbar und urteilsschwach. In anderen Fällen entwickelt sich eine zunehmende Teilnahmlosigkeit und Geistesschwäche bis zu ausgesprochenem Blödsinn. Die körperlichen Störungen können sich dabei bis auf geringe Reste zurückbilden.

In einer Reihe von Fällen treten im Krankheitsbilde wiederholte apoplektische Insulte auffallend hervor; auch dabei kommt es allmählich zu geistigen Ausfallserscheinungen von eigenartiger Partialität, so daß diese Kranken vielfach an Fälle von arteriosklerotischer Hirnerkrankung erinnern. Sie sind in auffallend zuversichtlicher, ihrer Lage wenig entsprechender Stimmung, dann auch wieder kleinmütig, weinerlich, nörgelig, im näheren Verkehr unverträglich, reizbar. Sie sind vergeßlich, urteilsschwach, in sittlicher Beziehung stumpf, willensschwach und bestimmbar, so daß sie irgendwelchen höheren geistigen Anforderungen nicht genügen können. Dazu kommen die oben erwähnten körperlichen Störungen in verschieden starker Ausprägung. Auch hier kommen deliriöse Verwirrtheits-, manische Erregungszustände, Wahnbildungen episodisch vor. Diese Zustände sind gleichfalls oft von sehr stationärem Charakter. Zuweilen erfolgt das Ende plötzlich infolge eines neuen Schlaganfalles.

Im Zusammenhang mit der syphilitischen Erkrankung scheinen ferner gewisse **paranoide Krankheitsbilder** vorzukommen, die durch die langsame Entwicklung von Wahnideen meist der Verfolgung, seltener der Versündigung, und Sinnestäuschungen bei erhaltener Besonnenheit gekennzeichnet sind. Vielfach besteht dabei große Reizbarkeit mit plötzlichen unmotivierten Ausbrüchen. Körperliche Störungen sind vorhanden, aber meist nicht sehr ausgesprochen.

Im Anschluß hieran sei auf gewisse nichtparalytische **psychische Störungen** hingewiesen, die sich **im Verlauf der Tabes dorsalis** zuweilen einstellen. Abgesehen von leichteren Störungen mehr elementarer Art werden auch hier paranoide Zustände nicht selten beobachtet, teils in der Form des akuten halluzinatorischen Alkoholwahnsinns (s. das Kapitel Alkoholpsychosen), teils in mehr chronischer Form mit Wahnideen (Wahn körperlicher Beeinflussung) und Sinnestäuschungen.

Die serologische Untersuchung hat endlich in neuester Zeit Beziehungen zwischen kongenitaler Syphilis und gewissen psychischen Entwicklungshemmungen aufgedeckt.

Pathologische Anatomie.

In bezug auf die Lokalisation des syphilitischen Krankheitsprozesses lassen sich 3 Gruppen unterscheiden, nämlich 1. die Fälle mit Bildung zirkumskripter Gummiknoten (rein gummöse Formen), 2. die gummös-meningitischen Prozesse an der Basis oder der Konvexität (meningitische Formen), 3. die syphilitischen Gefäßerkrankungen (vaskuläre Formen). Bei den Fällen der 3. Gruppe sind wiederum zu unterscheiden solche, bei denen vorzugsweise die großen Hirngefäße, und solche, bei denen die kleinen Rindengefäße betroffen sind. Übrigens lassen sich diese Formen nicht scharf voneinander abgrenzen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die isolierten Gummigeschwülste finden sich an den Häuten des Gehirns oder in der Hirnsubstanz selbst, teils mit Erweichungen und meningitischen Infiltrationen, teils ohne solche. — Die luetisch-meningitische Infiltration kann sich auf die Basis oder auf die Konvexität beschränken, seltener ergreift sie beide Regionen. Die gummöse Meningitis der Basis bevorzugt die Gegend zwischen Chiasma und vorderem Brückenrand, erstreckt sich aber auch weiter nach vorn und nach hinten. Dieser Lokalisation entsprechend findet man vorzugsweise den Nervus opticus und oculomotorius in meningitische Infiltrationen eingebettet oder selbst durchwachsen; häufig sind aber auch die anderen Hirnnerven (Abducens, Trochlearis, Facialis, Acusticus usw.) geschädigt. — Infolge der Neigung der meningitischen Infiltrationen, an den benachbarten großen Gefäßen in die Gehirnsubstanz selbst vorzudringen, kommt es häufig zu Erweichungen.

Mikroskopisch zeigt die frische luetische Meningitis eine massige, nahezu gleichartige Infiltration der Pia mit Lymphocyten. Diese Infiltration erfüllt, abweichend von dem Verhalten bei der Dementia paralytica, auch die Wandungen der Pialgefäße und das interstitielle Gewebe der Nerven. In den stärksten Anhäufungen der Infiltrationszellen kommt es weiterhin teils zu herdförmigem Zerfall, teils zu derber Schwartenbildung. Die Beteiligung der Hirnrinde erfolgt erst sekundär in deutlicher Abhängigkeit von der Pialerkrankung, von außen nach innen an Intensität abnehmend. Wenn die Erkrankung auf das Nervengewebe übergegriffen hat, findet man auch hier eine Infiltration der Lymphscheiden mit massenhaften Lymphocyten, aber nur spärliche und nicht immer deutlich als solche charakterisierte Plasmazellen. An den Stellen stärkster Infiltration geht das Nervengewebe zugrunde, die der Pia benachbarten Teile des Hirngewebes gehen in einer gleichmäßigen Infiltration auf, die Grenzen zwischen Pia und Nervengewebe verwischen sich völlig. — Oft werden die vorstehend skizzierten anatomischen Bilder dadurch kompliziert, daß in der meningitischen Pia oder sonst irgendwo im Hirngewebe größere Gummiknoten auftreten oder daß infolge von Gefäßerkrankung Thrombosen und Erweichungen entstehen. — Die Endarteriitis luctica kann, wenn sie ausschließlich oder ganz überwiegend die kleinen Rindengefäße betrifft, nicht nur in klinischer, sondern auch in anatomischer Beziehung zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Dementia paralytica führen. Als besondere Unterscheidungsmerkmale kommen unter anderem in Betracht: die viel hochgradigere Wucherung der Gefäßzellen, die schließlich eine völlige Verwischung der Grenzen der Gefäßhäute herbeiführt, wie wir das bei der Paralyse nicht sehen — das Fehlen einer Infiltration der Lymphscheiden — die ungleichmäßige Verteilung und Intensität der Veränderungen — die größere Neigung zu kleineren und größeren Erweichungsherden im ganzen zentralen Nervensystem (ALZHEIMER).

Diagnose.

Die Diagnose muß von der Feststellung ausgehen, ob das Syphilisgift noch im Körper vorhanden ist. Zu diesem Zwecke ist die WASSERMANNsche Reaktion im Blut und im Liquor (Auswertungsmethode s. S. 354) vorzunehmen. Nur der positive Ausfall der Reaktion ist beweisend. Mit Hilfe der Liquoruntersuchung können wir eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems schon zu einer Zeit erkennen, wo noch kein klinisches Symptom auf ihr Vorhanden-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein hinweist (HAUPTMANN). — Da es einen bestimmten Typus der syphilitischen Psychose nicht gibt, kann diese nicht unmittelbar aus dem klinischen Bilde mit Sicherheit erschlossen werden. Immerhin kann die Art, die Gruppierung und der oft vorhandene flüchtige Charakter der begleitenden körperlich-nervösen Störungen, in geringerem Grade auch der eigenartige geistige Defekt es sehr wahrscheinlich machen, daß eine syphilitische Psychose vorliegt, zumal wenn noch sonstige körperliche Zeichen der syphilitischen Erkrankung hinzukommen, wie Hautnarben, Drüsenschwellungen, Knochenauftreibungen, Veränderungen an den Augen usw., bei kongenitaler Syphilis insbesondere noch die sog. HUTCHINSONsche Trias (interstitielle Keratitis, plötzlich im jugendlichen Alter entstandene Taubheit und Kerbung der oberen mittleren Schneidezähne), endlich ein positiver Liquorbefund. Trotz alledem bleibt es aber sehr oft bei einer mehr oder weniger gut begründeten Wahrscheinlichkeitsdiagnose, und Sicherheit wird erst durch den glänzenden Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung gewonnen.

Die Differentialdiagnose ist besonders gegenüber der Dementia paralytica und gewissen Fällen von arteriosklerotischer Hirnerkrankung zu erörtern. Die Dementia paralytica führt meist zu einer viel umfassenderen psychischen Schwäche, als die postsyphilitische Demenz, und schließlich zur Vernichtung der Persönlichkeit, während der Defekt bei der letzteren, abgesehen von den letzten Endzuständen jahrelang hingezogener Fälle, mehr ein partieller bleibt. Dagegen zeichnet sich die postsyphilitische Demenz vor der Dementia paralytica durch die größere Mannigfaltigkeit der körperlichen Symptome aus, unter denen Sprach- und Schriftstörungen zurück-, Augenmuskellähmungen mehr hervortreten. Der Verlauf bei der postsyphilitischen Demenz ist außerdem schleppender, führt zu jahrelangen Stillständen und meist nicht direkt zum Tode, sondern zu mehr oder weniger schwerem Siechtum.

Gegenüber der Arteriosklerose ist auf das meist in einer früheren Lebensepoche erfolgende Auftreten der postsyphilitischen Demenz, und wiederum auf die größere Mannigfaltigkeit der körperlichen Symptome, die größere Häufigkeit der Augenmuskellähmungen und der Pupillenstarre, endlich auf den serologischen Befund hinzuweisen.

In **therapeutischer Beziehung** ist es von der allergrößten Bedeutung, die syphilitische Natur einer Psychose oder Neurose so früh und so sicher wie möglich zu erkennen. Mit Recht wird deshalb die Forderung erhoben, daß von der Lumbalpunktion und den serologischen Untersuchungsmethoden ausgiebigster Gebrauch gemacht werde. Nur dann kann der Entstehung der metaluetischen Erkrankungen erfolgreich vorgebeugt werden. In allen zweifelhaften Fällen soll man mit der Darreichung von Jodkali beginnen, dann aber eine energische antisyphilitische Behandlung vornehmen.

Literatur.

ALZHEIMER, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Habilitationsschrift. Jena 1904.

BINSWANGER, Die bei der Dementia paralytica zitierten Arbeiten. Außerdem: Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Festschrift f. L. Meyer, Hamburg 1891.

ERLENMEYER, Die luetischen Psychosen, Neuwied 1876.

HAUPTMANN, Die Diagnose der früh-luetischen Meningitis aus dem Liquorbefund. D. Zeitschr. f. Nhkde. 1914.

HEUBNER, Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien. Leipzig 1874.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jolly, Syphilis und Geisteskrankheiten. Berliner kl. Wochenschr., Nr. 1, 1901.
Klein, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica. (Daselbst viel Literatur.) Monatsschr. f. Psych., Bd. V, 1890.
Kowalewsky, Die funktionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis. Arch. f. Psych., Bd. XXVI.
Meyer, L., Über konstitutionelle Syphilis des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XVIII, 1861.
Mingazzini, Klinische und pathologische Studien über Frühsyphilis des Gehirns. Monatssch. f. Psych. V.
Derselbe, Fernere Beiträge zum Studium der Lues cerebralis praecox et maligna. Monatsschrift f. Psych. XI.
Moeli, Über Hirnsyphilis. Berliner klin. Wochenschr. 1901, S. 117ff.
Nonne, Syphilis und Nervensystem. 17 Vorlesungen. Berlin 1902.
Derselbe, Über die Bedeutung der Liquoruntersuchung für die Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. D. Zeitschr. f. Nhkde. 1914.
Oppenheim, Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Nothnagels Handbuch IX, Bd. II. (Daselbst vollständiges Literaturverzeichnis bis 1897.)
Rumpf, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887.
Schüle, Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych., XXVIII.
Siemerling, Zur Syphilis des Zentralnervensystems. Arch. f. Psych., Bd. XXII.
Wickel, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Arch. f. Psych., Bd. XXX, 1898.
Wille, Geistesstörungen durch Syphilis. Allg. Zeitschr. f. Psych. XXVIII.
Wunderlich, Die luetischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Volkmanns Sammlung 1875.

Geistesstörungen bei Arteriosklerose.

Die arteriosklerotische Gefäßerkrankung des Gehirns bedingt Störungen verschiedener Art, je nachdem es sich mehr um ein Befallensein der kleinen Gefäße der Rinde oder der größeren Gefäße der Markstrahlung handelt. Dem umschriebenen, mehr herdförmigen Charakter des anatomischen Prozesses entsprechen auch in klinischer Beziehung mehr partielle Ausfälle. Hieraus ergeben sich, wenigstens für die typischen Fälle, scharfe Unterscheidungsmerkmale gegenüber der Dementia paralytica. Der Arteriosklerotiker kann während eines großen Teiles der Krankheitsverlaufes als Gehirnkranker gelten, während der Paralytiker von vornherein als Geisteskranker erscheint. — Viel schwerer lassen sich arteriosklerotische und senile Krankheitszustände klinisch voneinander abgrenzen. Die Veränderungen bei den letzteren sind keineswegs identisch mit den bei den ersteren und auch nicht durch sie bedingt. Natürlich finden sich aber unter den Senilen viele Arteriosklerotiker. Folglich bestehen sehr oft Zeichen der senilen und der arteriosklerotischen Gehirnerkrankung nebeneinander.

Ätiologie.

Ursachen der Arteriosklerose sind einmal gewisse Gifte, ferner solche Umstände, welche eine vermehrte Inanspruchnahme und damit stärkere Abnutzung gewisser Gefäßgebiete bedingen. In ersterer Hinsicht sind Alkohol, Tabak, auch Kaffee und Tee zu nennen; ferner als besonders wichtig die Syphilis. Der Einfluß der Abnutzung drückt sich darin aus, daß körperlich angestrengt arbeitende Menschen auffallend oft von schweren arteriosklerotischen Veränderungen an den Extremitäten befallen werden, während bei Personen der oberen Stände weit häufiger

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die inneren Organe betroffen sind. Auch abnorme Erregungen des Gefäßsystems, wie sie bei sonst gesunden Vasomotorikern unter dem Einfluß geringfügiger Ursachen oder bei Neurasthenikern infolge krankhafter Überreaktion leicht auftreten, können wahrscheinlich zu vorzeitiger Abnutzung der Gefäße führen. Dazu kommt bei manchen Menschen eine ererbte, oft familiäre Disposition zu arteriosklerotischer Gefäßerkrankung, welche sie gegen die erwähnten Schädlichkeiten besonders wenig widerstandsfähig macht.

Ein bestimmtes Alter für die Erkrankung läßt sich nicht angeben. Im allgemeinen bildet wohl der Anfang der Fünfziger die untere Grenze. Doch gibt es wahrscheinlich auch Fälle von juveniler Arteriosklerose; solche sind zuerst im 70er Kriege beschrieben worden, in welchem man eine Anzahl jugendlicher Personen mit sklerotischen Veränderungen der Gefäßwand den Strapazen des Feldzuges früher erliegen sah als ältere Individuen.

Krankheitsformen und Symptomatologie.

Die klinischen Erscheinungen der arteriosklerotischen Hirnerkrankung liegen auf geistigem und körperlichem Gebiet. Aus ihrer Kombination ergeben sich verschiedene Krankheitsbilder, je nachdem die Ausfälle auf geistigem Gebiet längere Zeit vorherrschen und körperliche Herderscheinungen erst später hinzutreten (arteriosklerotische Schwäche- und Verblödungszustände), oder ein Schlaganfall mit folgenden Lähmungserscheinungen den Krankheitszustand einleitet und erst im Anschluß daran geistige Ausfallssymptome bemerkbar werden: postapoplektische Demenz.

Für sich allein betrachtet stellen die arteriosklerotischen Geistesstörungen alle Grade dar von der einfachen, unter Umständen nur als neurasthenisch erscheinenden Erschwerung der geistigen Tätigkeit bis zum tiefen Blödsinn.

Bei den mehr **nervösen Formen der arteriosklerotischen Hirnerkrankung** macht sich zunächst eine gesteigerte Ermüdbarkeit bemerkbar. Die Kranken können nicht mehr so gut arbeiten, und bekommen bald ein lästiges Druckgefühl im Kopfe. Das Gedächtnis läßt wohl etwas nach, insbesondere für Namen und Zahlen. Dazu kommen als mehr oder weniger peinliche körperliche Erscheinungen: Neigung zu Kopfkongestionen, Intoleranz gegen Alkohol und Tabak, Sausen in den Ohren, gelegentlich rasch vorübergehendes Schwindelgefühl. Klinisch können auch diese Fälle durchaus den Eindruck der Neurasthenie machen. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei noch nicht um ernstere anatomische Gefäßveränderungen, sondern zunächst nur um eine Beeinträchtigung des Spiels der Vasomotoren des Gehirns.

Gleichfalls mehr nervöser Art sind auch die Fälle von **arteriosklerotischer Epilepsie.** Man versteht hierunter eine Form der Spätepilepsie, die zwischen dem 45. und 65. Jahre aufzutreten pflegt und sich mehr in Schwindel- und Ohnmachtsanfällen, als in eigentlichen Krämpfen äußert. Erst später treten andere geistige und körperliche Krankheitserscheinungen hinzu, doch können die erwähnten Anfälle lange Zeit und sogar dauernd das einzige Symptom bilden.

Auch die zuerst erwähnten nervösen Formen können sehr stationär sein und jahrzehntelang unverändert bleiben. Sie können aber auch die Vorläufer **schwerer arteriosklerotischer Schwächezustände** sein. Die Kranken werden gleichgültiger, verlieren ihre Produktivität und Arbeitslust, schaffen nur noch mechanisch und gewohnheitsmäßig. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Merkfähigkeit, später auch das Altgedächtnis läßt nach. Andererseits werden sie reizbar und schwierig, besonders im Familienverkehr, während sie sich außerhalb des Hauses zusammennehmen und sogar für liebenswürdig und sanft gelten. Oft bemerken die Kranken selbst diesen Rückgang mehr oder weniger deutlich durch ein Gefühl des Nachlassens und Verdummens, sie denken an Selbstmord, finden aber selten die Tatkraft zu seiner Ausführung. Dazu kommen auf körperlichem Gebiet Kopfschmerz, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, die sowohl spontan als auch besonders bei körperlicher Anstrengung, beim Stuhlgang, beim Bücken, bei bestimmten Kopfbewegungen auftreten. Endlich verrät ein Schlaganfall den Ernst des Zustandes und es tritt unter schubweiser Verschlimmerung und starken Schwankungen des Zustandes allmählich Verblödung, körperlicher Verfall und Tod ein.

Folgendes Beispiel entspricht einem häufigen Verlaufstypus dieser arteriosklerotischen Schwächezustände:

Beamter, Ende der 50er Jahre. Hat schon früher einige Ohnmachtsanfälle gehabt (alte Lues). Seit einigen Jahren ungleichmäßige Stimmung, bald harmlos vergnügt, bald still und menschenscheu. Arbeitet langsamer und wird dabei müder als früher. Unsicher in sonst gewohnten Verhältnissen, auch Untergebenen gegenüber. Wird in einfachen Situationen, z. B. bei kleinen Reisen, leicht aufgeregt und ratlos; faßt schwerer auf. Schlaf und Aussehen schlecht. Abnehmende Entschlußfähigkeit. Vergeßlichkeit besonders für Namen. Zunehmender Eigensinn. Bestreitet zuweilen offenkundige Dinge gegen alle Vernunft. Klagt über eingenommenen Kopf. Hat dumpfes Krankheitsbewußtsein. Objektiv: Lichtstarre und verlangsamte Reaktion der Pupillen bei Konvergenz. Blutdruck (an der Radialis gemessen) nicht erhöht. Schließlich Schlaganfall mit rechtsseitiger Lähmung. Danach rascher Verfall und Exitus.

Der folgende Fall zeigt die Schwierigkeiten, welche die Beurteilung dieser Fälle oft macht, insbesondere auch im Hinblick auf die Entmündigung.

59jährige Dame, von jeher unselbständig und nur mäßig begabt. Hat im Klimakterium eine depressive Psychose mit Angst und Verfolgungsideen durchgemacht (präseniler Verfolgungswahn?). Vor 4 Jahren Unterleibsoperation. Während der Wundheilung leichter Schlaganfall mit linksseitiger Facialisparese. Seit dieser Zeit deutlicher geistiger Rückgang. Verliert völlig die Uebersicht über ihre Verhältnisse. Gerät unter den einseitigen Einfluß einzelner Personen ihrer Umgebung. Läßt sich durch Zureden sehr leicht bestimmen. Allgemeine Urteilsschwäche. Abnahme des Gedächtnisses. Ablenkbarkeit ohne tiefere Interessen. Sorgloses, kindliches Wesen. Körperlich: Reste einer Facialisparese links und Schwäche des linken Beines mit gesteigerten Reflexen. Geht mit unsicheren trippelnden Schritten. Blutdruck 140—150 mm. Das eingeleitete Entmündigungsverfahren findet erbitterten Widerstand bei einer Partei, die die vorhandene Geistesschwäche bestreitet. Weiterhin erneute Schlaganfälle. Geistiger Verfall und Tod.

Die folgenden Fälle nahmen einen schwereren Verlauf:

Beamter von 56 Jahren. War von jeher zuhause etwas schwierig, anspruchsvoll und rücksichtslos; im Dienst dagegen liebenswürdig. Vor 2 Jahren Anfall von Bewußtlosigkeit. Seitdem zu Hause sehr gereizt; läßt sich durch Widerspruch bei Kleinigkeiten zu Mißhandlung der Angehörigen hinreißen. Läuft im Hemd auf den Vorplatz der Wohnung. Bestreitet nachher, was in der Erregung geschehen ist; bezichtigt die anderen der Lüge. Sehr vergeßlich. Weiß manchmal seine eigene Wohnung u. dgl. nicht. Merkschwach: vergißt wo er soeben etwas hingelegt hat. Vor einem halben Jahr Schlaganfall mit rechtsseitiger Hemiparese. Unsicherer Gang. Arterien rigide; Blutdruck fast 200 mm. Albuminurie. Zunehmende Reizbarkeit insbesondere gegen die besuchenden Angehörigen. Mißmutig und verdrießlich, queruliert wegen der Zurückhaltung. Vergißt alles von einem Augenblick zum anderen. Wechselnde, im allgemeinen aber abnehmende zeitliche und örtliche Orientierung. Unklares Krankheitsgefühl (klagt zuweilen „o Gott! o Gott!"). Nach einem weiteren Ohnmachtsanfall weiterer Verfall. Häufig heftige Zornparoxysmen gegen die Pfleger, später Anfälle sinnloser motorischer Erregung. Hochgradigste Merkschwäche. Erschwerte Wortfindung mit Perseveration. Aufgefordert, verschiedene Vögel zu nennen, weiß er nur den Kranich, lacht dabei wehmütig: er müsse sich schämen. Ist schließlich über die eigene Person nicht mehr orientiert; er sei 27 Jahre alt, Primaner. Unsauber, mit Resten guter gesellschaftlicher Formen. Exitus. Autopsie: Hochgradige Atherosklerose der cerebralen Arterien, deren Lumen stellenweise fast

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz verschlossen ist. Zahlreiche bis erbsengroße Erweichungsherde meist im Mark der Hemisphären, aber auch in innerer Kapsel, Brücke und Stammganglien. Atrophie der gesamten Hirnrinde. Mäßige Erweiterung der Ventrikel.

Fall von postapoplektischer Demenz.

63jährige Frau. Vor 4 Wochen Schlaganfall mit folgender linksseitiger Lähmung. Seitdem nächtliche Unruhe; führt wirre Reden, kennt aber noch die Personen ihrer Umgebung. Zunehmende Unruhe besonders bei Nacht, schreit oft. Ist örtlich ungenau, zeitlich gar nicht orientiert. An der Herzspitze ein kurzblasendes Geräusch. Arterienrohr rigide, geschlängelt, Blutdruck 220. Urin enthält Albumen und etwas Zucker. Linksseitige Lähmung besteht fort. Die Orientierung wechselt; Patientin ist oft ganz desorientiert, läßt unter sich. Halluziniert nachts öfters, schreit und jammert laut. Weiterhin geringe Besserung, aber immer sehr unsichere Orientierung. Glaubt bald zu Hause, bald in einem Kloster zu sein. Hat nur eine sehr unklare Vorstellung über ihre Lage, Familienverhältnisse usw. — Entlassen.

Pathologische Anatomie.

Die atheromatäse Gefäßentartung betrifft vor allem die Arterien, verschont aber auch die Venen nicht. Sie ist auf keinen Teil des Zentralnervensystems beschränkt, sondern kann die verschiedensten Gebiete in Mitleidenschaft ziehen (außer dem Großhirn also Stammganglien, Hirnstamm, Kleinhirn) und zu sekundären Degenerationen verschiedener Art führen.

Vom anatomischen Standpunkt unterscheiden wir vor allem zwei Varietäten der arteriosklerotischen Hirndegeneration: die Encephalitis subcorticalis chronica und die perivaskuläre Gliose. Erstere kennzeichnet sich dadurch, daß ein auffälliger Gegensatz besteht zwischen dem Zustande der Rinde und dem des Markes. Während an der Rinde außer einer geringen Verschmälerung nichts Besonderes wahrzunehmen ist, erscheint das Mark stark atrophisch, von gräulichem Farbenton, von derberen grauen, mehr durchscheinenden Flecken durchsetzt. Die Verschmälerung (Atrophie) des Markes findet sich entweder nur im Bezirke eines oder mehrerer Windungszüge und in einem oder mehreren Hemisphärenabschnitten oder sie betrifft das Marklager eines ganzen Lappens. Dabei erweist sich meist der Hinterhaupts- und Schläfenlappen besonders stark geschädigt. Die Ventrikel, insbesondere Hinter- und Unterhorn, sind stark erweitert, ihr Ependym verdickt und zuweilen granuliert. Mikroskopisch läßt sich eine besonders schwere arteriosklerotische Erkrankung der langen Gefäße des tiefen Markes und eine oft die höchsten Grade erreichende Atrophie des tiefen Hemisphärenmarklagers nachweisen. In diesem finden sich überall, am stärksten aber in den mehr oder minder zahlreichen, um die Gefäße gelegenen Herden Gliawucherung und Körnchenzellen.

Der arteriosklerotische Prozeß führt an den Gefäßen zu einem Elastizitätsverlust der Wandung; die elastische Membran der größeren Gefäße spaltet sich in einzelne Blätter auf, zwischen diesen sammelt sich häufig eine eigenartig homogene Substanz an, in der schließlich auch die gespaltenen Blätter der Elastica aufgehen. Weiterhin kommt es infolge Berstens der krankhaft veränderten, oft auch aneurysmatisch erweiterten Gefäßwandungen zu Blutungen, infolge von Thrombosierung der in ihrem Lumen verengten Gefäße zu Erweichungen und so zu mehr oder weniger umfänglicher Zerstörung der nervösen Substanz mitsamt der Glia. Auch in vorgeschrittenen Fällen bleiben aber zwischen den Erkrankungsherden meist noch Gebiete erhalten, die annähernd normal und jedenfalls von gröberen Veränderungen frei sind.

Die perivaskuläre Gliose kennzeichnet sich anatomisch durch fleckweisen Untergang der nervösen Substanz und herdförmige sehr hochgradige Gliawucherungen längs der schwer entarteten Gefäße. Die Herde liegen sowohl im Mark als auch in der Rinde und sind auf einzelne oder mehrere Windungen beschränkt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnose.

Die Diagnose der arteriosklerotischen Geistesstörungen stützt sich in körperlicher Beziehung zunächst auf den Nachweis der atheromatösen Gefäßentartung an den peripherischen Arterien (Rigidität, harter gespannter Puls) und auf den erhöhten Blutdruck. Doch ist hierbei zu bedenken, daß die Verteilung des sklerotischen Prozesses sehr ungleichmäßig sein kann und daß deshalb auch beim Fehlen peripherischer Veränderungen an inneren Organen solche sehr wohl vorhanden sein können.

Von sonstigen auf Arteriosklerose hinweisenden Zeichen sind zu erwähnen: allgemein herabgesetzte körperliche Widerstandsfähigkeit, blasses Aussehen, welke, schlaffe Haut, Hypertrophie und Insuffizienz des Herzens, Zeichen der Coronararterienverhärtung, arteriosklerotische Schrumpfniere, sog. Plethora abdominalis (Herzschwäche, Obstipation, Hämorrhoidalbeschwerden, Meteorismus, Magenstörungen, Leberschwellungen), Diabetes (infolge von Sklerose der Pankreasarterien), endlich cerebrale Störungen (Schwindel, Kopfdruck, Kopfschmerz, Ohnmachts- und Schlaganfälle, Ausfallserscheinungen auf motorischem und sensorischem Gebiet).

In geistiger Beziehung sind charakteristisch: in den Anfangsstadien die Verlangsamung und Erschwerung des Denkens, das den Kranken oft selbst zum Bewußtsein kommende Gefühl der geistigen Leere und Versimpelung, weiterhin der meist langsam, in Schüben und oft im Anschluß an Anfälle erfolgende geistige Rückgang, der eigentümlich herdartige Charakter der Krankheit auch in geistiger Hinsicht (langes Erhaltenbleiben der Krankheitseinsicht und gesunder Vorstellungsreste), die Schwankungen des Zustandes innerhalb kurzer Zeiträume, die oft lange dauernden Stillstände. — Differentialdiagnostisch bedarf die Abgrenzung der arteriosklerotischen Geistesstörung von der Dementia paralytica einiger Bemerkungen. Das Alter der Kranken kann hier insofern einen Anhaltspunkt geben, als die Dementia paralytica meist früher beginnt. Die Mehrzahl der zweifelhaften Fälle, in denen eine langsam fortschreitende Geistesschwäche erst Anfang der 50er Jahre beginnt, gehört dem Gebiet der Arteriosklerose an; immerhin kommen aber noch im höheren Alter, selbst im 7. Jahrzehnt Erkrankungen vor, die klinisch und anatomisch als Paralyse aufzufassen sind. — Im übrigen kommt auf geistigem Gebiet differentialdiagnostisch in Betracht die Art der geistigen Schwäche, die bei der Dementia paralytica eine mehr allgemeine, dagegen bei der arteriosklerotischen Geistesstörung, dem herdartigen Charakter dieser Krankheit entsprechend, eine mehr partielle ist und hier den Kern der Persönlichkeit lange intakt läßt; dies kommt insbesondere auch in der ziemlich richtigen Beurteilung des eigenen Zustandes seitens des Arteriosklerotikers gegenüber der Uneinsichtigkeit des Paralytikers zum Ausdruck. Weitere klinische Unterscheidungsmerkmale liegen in dem Fehlen der Wahnbildung bei der Arteriosklerose, in dem langsameren Eintreten eines erheblicheren Grades von Verblödung, in den plötzlichen Schwankungen des Leidens, endlich in dem viel protrahierteren, schubartigen Verlauf der arteriosklerotischen Geistesstörungen. Auf körperlichem Gebiet ist das Fehlen typischer paralytischer Symptome, wie der Sprachstörung, meist auch der Pupillenstarre, vor allem aber des charakteristischen Liquorbefundes zu beachten. — Endlich ist der anatomische Befund charakteristisch, da es sich bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen um umschriebene, um die schwer erkrankten Gefäße

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated for guest (Massachusetts Institute of Technology) on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angeordnete herdartige Veränderungen handelt, zwischen denen sich normale Hirngebiete in größerer oder geringerer Ausdehnung finden, während der anatomische Prozeß der Dementia paralytica ein im wesentlichen durchaus diffuser ist (s. auch das Kapitel „Dementia paralytica").

Besondere Schwierigkeiten kann die Abgrenzung der Lissauerschen „Paralyse mit Herderkrankungen" (s. S. 363) gegenüber der Arteriosklerose machen. Auch bei jener sind aber die Zeichen der für Dementia paralytica charakteristischen psychischen Schwäche meist erkennbar; außerdem können die bei der Arteriosklerose vielgestaltigeren Herderscheinungen, die oft auf die verschiedensten Zentren hinweisen, verwertet werden; endlich wird wiederum der Liquorbefund heranzuziehen sein.

Hinsichtlich der Unterscheidung von der postsyphilitischen Demenz vgl. das oben (S. 385) Gesagte.

Therapie.

Soweit es sich um leichte und beginnende Störungen handelt, ist nach den allgemeinen, bei der Behandlung der Arteriosklerose in Betracht kommenden Grundsätzen zu verfahren: Regelung der Lebensweise, insbesondere der Diät; Vermeidung körperlicher und geistiger Überanstrengungen und abnorm reizender Genußmittel (Alkohol, Tabak, Kaffee), möglichste Fernhaltung gemütlicher Aufregungen. — Von Medikamenten kann insbesondere bei den nervösen Formen und der arteriosklerotischen Epilepsie das Jodkalium, zweckmäßig in Verbindung mit kleinen Digitalisgaben, angewendet werden.

Zur Anstaltsbehandlung pflegt man sich gerade bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen erst spät zu entschließen. Dies wird wiederum verständlich durch die Partialität der Defekte, welche den Kern der Persönlichkeit lange intakt läßt und die Erkenntnis der tiefgreifenden Natur des Leidens für Fernerstehende erschwert. Die nähere Umgebung hat deshalb oft lange unter der Tyrannei der Kranken zu leiden. — Auch zur Entmündigung entschließt man sich meist schwer. Diese ist besonders dann indiziert, wenn Bewußtseinstrübungen bestehen oder infolge von großer Bestimmbarkeit der Kranken unberechenbaren Einflüssen Tür und Tor geöffnet ist.

Literatur.

Alzheimer, Die arteriosklerotische Atrophie des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1895.

Derselbe, Über perivaskuläre Gliose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897.

Derselbe, Neuere Arbeiten über die Dementia sen. und die auf atheromatöser Gefäßerkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. Monatsschr. f. Psych., Bd. III. 1898.

Derselbe, Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.

Derselbe, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Jena 1904.

Beyer, Über psychische Störungen bei Arteriosklerose. Neurol. Centralbl., Nr. 1, 1896.

Binswanger, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klin. Wochenschr. 1894.

Degenkolb, Beiträge zur Pathologie der kleineren Hirngefäße. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.

Fürstner, Über die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych., Bd. XX.

Jakobsohn, Über die schweren Formen der Arteriosklerose im Zentralnervensystem. Berliner klin. Wochenschr. 1895; Arch. f. Psych. 1895.

Meyer, E., Die pathologische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat über die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Orth-Festschrift.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MINGAZZINI, Klinische und anatomische Beobachtung über die postapoplektische Demenz. Riv. sperim. di Freniatr. 1897.
MÜLLER, O., Über Arteriosklerose. Deutsche Klinik 1909.
WINDSCHEID, Die Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. 1902.

Geistesstörungen im Senium.

Wir besprechen hier die krankhaften Veränderungen, die durch die Rückbildungsvorgänge des Alters auf dem geistigen Gebiet hervorgerufen werden. Der Prozeß des Alterns ist nach dem Zeitpunkt seines Eintretens und nach seiner Erscheinungsweise bei den einzelnen Individuen ganz verschieden. Es läßt sich also ein bestimmtes für die senilen Psychosen in Betracht kommendes Alter nicht angeben. Ebensowenig kann man eine scharfe Grenze ziehen einerseits zwischen den noch als physiologisch geltenden Zeichen der geistigen Rückbildung, die etwa in dem Hervortreten gewisser Wunderlichkeiten und dem Nachlaß der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit bestehen, andererseits den senilen Geistesstörungen im eigentlichen Sinne. Hieraus ergeben sich gewisse Abgrenzungsschwierigkeiten für die senilen und besonders die präsenilen Psychosen.

Auch im höheren Alter kommen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins in ganz reiner Form vor. Es handelt sich dann nach meiner Erfahrung um auffallend rüstige Greise, die weder körperlich noch geistig nennenswerte Rückbildungszeichen aufweisen. In der Mehrzahl der Fälle nehmen aber auch die bekannten Formen der Geisteskrankheiten im Greisenalter eine gewisse Altersfärbung an, welche auf einer eigenartigen geistigen Schwäche beruht. Als charakteristische Zeichen dieser senilen Schwäche, die in ihrer Gesamtheit und stärkeren Ausgeprägtheit das Bild der **Dementia senilis** ausmachen, aber im einzelnen Falle nicht vollzählig und hochgradig vorhanden zu sein brauchen, sind hervorzuheben: Abnahme der Auffassungs- und Urteilsfähigkeit, Merkschwäche, Einengung der Interessen, Monotonie der Vorstellungen mit Überwiegen persekutorischer und somatopsychischer (hypochondrischer) Inhalte, Oberflächlichkeit der Gemütsbewegungen oft bei gleichzeitiger plötzlicher Reizbarkeit, Neigung zu deliranten Bewußtseinsstörungen, unfruchtbarer Beschäftigungs- und Bewegungs(Rede-)drang.

Als einfaches Paradigma für eine häufige Entwicklungsweise der senilen Demenz kann folgende Krankengeschichte gelten:

74jährige, lebhafte und intelligente Frau, seit 2—3 Jahren etwas mißtrauisch, hat seit Monaten hier und da einen Ohnmachtsanfall gehabt, leidet seit einem halben Jahr an gestörtem Schlaf und Angstgefühlen. Vor 8 Tagen Aufregung und Anstrengung infolge der Erkrankung eines nahen Verwandten. Plötzlich eintretende Verwirrtheit, weiß nicht recht, wo sie ist, spricht von einem Komplott, von Feinden, die sie einschläfern wollen. Zeigt Merkschwäche und Gedächtnislücken. Etwas undeutliche Sprache. Andauernde motorische Erregung, agiert mit den Händen, schlägt um sich und hat unbeeinflußbaren Rededrang.

Die **senile Demenz** wird sehr oft durch einen Ohnmachts- oder Schlaganfall eingeleitet, der von vorübergehenden oder dauernden Lähmungserscheinungen gefolgt ist. Das äußere Verhalten der Kranken ist sehr verschieden. Vielfach bewahren sie lange Zeit hindurch vollkommene Haltung, sind verbindlich, altfränkisch liebenswürdig, scherzhaft aufgelegt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und scheinbar interessiert, zuweilen aber auch mürrisch, ablehnend und feindselig; es bedarf erst genauerer Untersuchung, um die auch hier vorhandenen Defekte festzustellen. Andere Kranke lassen durch ihre Stumpfheit, ihr uneinsichtig ängstliches oder läppisch-heiteres Verhalten, durch den Inhalt der geäußerten Wahnideen, durch Ratlosigkeit und deliriöse Verwirrtheit die tiefe geistige Störung ohne weiteres erkennen.

Die Erschwerung der Auffassung und die Abnahme der Merkfähigkeit gehören zu den häufigsten Krankheitszeichen. Die letztere erreicht die höchsten Grade bei der Presbyophrenie (s. unten) und führt zu schweren Störungen der Orientierung. Mit der Einengung der allgemeinen Interessen treten die egozentrischen Vorstellungskomplexe des eigenen Wohles und des Besitzes in den Vordergrund. Infolge des krankhaften Mißtrauens halten die Kranken sich für betrogen, durch die Dienstboten bestohlen; man hat ihre Sachen vertauscht, ihre Möbel versteigert. Auch sonst fühlen sie sich beeinträchtigt: man lacht und spottet über sie insgeheim, man klatscht über sie in der Nachbarschaft oder sucht ihnen gar durch Beibringung von Gift leiblichen Schaden zuzufügen. Infolgedessen haben sie Konflikte im Hause, mit den Nachbarn, lassen sich zu Drohungen und Gewalttätigkeiten hinreißen, die sie infolge ihrer Merkschwäche nachher in gutem Glauben wieder ableugnen; sie laufen mit Beschwerden auf die Polizei und fallen durch Querulieren und Prozessieren lästig.

Besonders ausgesprochen kommt eine derartige Wahnbildung vor in der dem eigentlichen Greisenalter vorausgehenden Zeit: Kraepelins **präseniler Beeinträchtigungswahn.** Man versteht darunter Fälle, in denen, wahrscheinlich auf dem Boden erblicher Veranlagung, im 6. Lebensjahrzehnt, bei Frauen oft schon früher, sich eine große Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen und gesteigerter gemütlicher Erregbarkeit entwickelt.

60jährige Frau. Eine Tante geisteskrank, sonst angeblich nichts Belastendes. Patientin selbst war immer gesund und ist gut veranlagt. Seit Monaten klagt sie oft über Schwindel und Kopfweh. Äußert in letzter Zeit Ansichten, die ans Kindische grenzen. Vor etwa 3 Wochen nächtliche Erregung; glaubt, die Fensterläden öffnen sich von selbst, eine unsichtbare Hand habe im Zimmer den Sessel vom Platze getragen, es seien Diebe im Haus. Sie produziert zahlreiche kombinatorische Beeinträchtigungsideen; hält Zeitungsfetzen zusammen, rekonstruiert den Text eines Zigarettenpapiers „JOB", kratzt den Mörtel von der Wand, um zu sehen, ob dahinter Stein ist, riecht Leichen, bemerkt eigentümliche Flecke auf der Hand. In der Kirche geht es übernatürlich zu; der Geistliche hat ein schmales schwarzes Band an sich, welches eine besondere Bedeutung hat. Wahrscheinlich hängt die Verbrennung eines Menschen in einem Kalkofen, von der man ihr gesprochen hat, damit zusammen. Die Uhr hat nachts nicht 12 geschlagen, sondern viermal hintereinander 1. Pat. hat Bilder gesehen, ein Kreuz, eine Grotte von Lourdes, Köpfe von Angehörigen usw. — Alles gewinnt für sie Bedeutung. Es besteht eine gewisse Erregung und deutlicher Rededrang. Pat. erzählt fortwährend von merkwürdigen Ereignissen, glaubt auch bemerkt zu haben, daß man über sie gelacht und gesprochen habe. Körperlich: etwas starrwandige Arteriae radiales. Hoher Blutdruck. Herztöne paukend. Tremor der Hände, besonders rechts. Sehr lebhafte Sehnenreflexe. Minimale Pupillenlichtreaktion.

Die senilen Wahnideen haben oft sehr grotesken Charakter: Die Kranken haben alle Sünden der Welt begangen, das Vaterland zugrunde gerichtet, sie sind verflucht, vom Teufel besessen, sie werden verschnitten, das Öl siedet schon; sie haben überall Krebs, keinen Kopf, nicht mehr die richtigen Füße; unter der Haut liegt Eisen und Stahl; sie sind keine Menschen mehr, der ganze Körper wird zu Eiter, sie können niemals sterben. Mit diesen depressiven Ideen kann sich ein schwachsinniger Größenwahn verbinden oder ein solcher tritt isoliert auf: der Kranke lebt noch 500 Jahre, wird heilig gesprochen, ist der große Prophet, besitzt 10 Millionen. Eine Kranke hat einen Bischof zum Tochtermann,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dessen Frau Wäscherin ist, während der Sohn als Bedienter beim Schloßherrn wohnt; sie hat ihre Kühe im Kaiserpalast stehen, die ganze Freundschaft ist sehr reich, es sind alles „Hochbemilitärte", die Tochter hat beim „Herrn Fiskus" gedient usw.

Diese Ideen werden meist in monotoner Weise immer wieder vorgebracht und sind nicht von dem entsprechenden Affekt begleitet. Das Verhalten der Kranken ist stumpf, teilnahmlos, wenig beeinflußbar.

Besonders charakteristisch für die senilen Geistesstörungen sind die anfallsweise auftretenden Erregungszustände. Diese können sich mit ängstlichem Affekt und depressiven Wahnvorstellungen verbinden. Besonders in der präsenilen Periode scheinen solche Fälle vorzukommen, die allmählich in psychische Schwäche übergehen (KRAEPELIN). Im übrigen handelt es sich aber bei diesen senilen Erregungszuständen mehr um einen Bewegungs- und Beschäftigungsdrang, als um planmäßige und motivierbare Handlungen. So kommt es zum Schimpfen, Drohen und selbst zu plötzlichen tätlichen Angriffen gegen die Umgebung, zu raptusartigen Selbstmord- und Fluchtversuchen, zu sinnlosen Einkäufen, zu Alkoholexzessen sonst mäßiger Kranker, besonders aber zu sexuellen Ausschreitungen, z. B. gegen Dienstmädchen und Kinder. Oft äußert sich die Erregung auch nur in einem ganz elementaren Bewegungsdrang: die Kranken tanzen herum, ohne dabei zu sprechen, oder heulen, jammern, schreien stundenlang. Oft besteht auch anfallsweise Rededrang mit stereotyper Wiederholung gewisser Sätze, Wendungen, Worte oder Silben.

Die zuletzt beschriebenen Erregungszustände treten besonders zur Nachtzeit auf. Die Kranken schlafen wenig, erwachen mitten in der Nacht, nehmen ihr Bett auseinander, tappen und kramen im Zimmer herum, oder geben sich imaginären Beschäftigungen wie Waschen, Bügeln, Feldarbeiten usw. hin. Diese typischen senilen Delirien erinnern in mancher Beziehung an die Alkoholdelirien, unterscheiden sich aber von ihnen insbesondere dadurch, daß diese senilen Deliranten äußeren Einflüssen gegenüber ganz unzugänglich und in ihren Handlungen unzusammenhängend sind.

Auch sonst erweist sich das Bewußtsein der Senildementen mehr oder minder tief getrübt. Dabei gehen oft Zustände relativer Klarheit und deliranter Verworrenheit ziemlich rasch ineinander über. Oft sind die Kranken aber dauernd ganz unklar über Zeit und Ort; sie verkennen die Personen ihrer Umgebung, werfen die Familiengenerationen durcheinander, betonen, daß sie noch gar nicht so betagt, nämlich „nicht 82 sondern erst 81 Jahre alt" seien; sprechen trotz dieses hohen Alters von ihren Eltern, die zu Hause auf sie warten, und bringen zahlreiche Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen vor (s. unten: Presbyophrenie).

Ein Kranker, den ich im Entmündigungsverfahren zu begutachten hatte, zeigte neben schwer gestörter Merkfähigkeit die erwähnten Bewußtseinsschwankungen in sehr ausgesprochener Weise. Kürzlich hatte er auch einen Zustand ängstlicher Erregung mit Verfolgungswahnideen durchgemacht und dabei in suicidaler Absicht seine Pulsadern durchschnitten. Trotzdem konnte er gelegentlich noch ganz amüsant und zusammenhängend erzählen. Das Entmündigungsverfahren wurde nötig, weil er beständig sein Testament änderte und die Uebersicht über seine Vermögensverhältnisse völlig verloren hatte, auch fremden Einflüssen sehr zugänglich geworden war. Gelegentlich des Termins brachte er nun eine ärztliche Bescheinigung bei, nach welcher er durch besonders regen Geist, großartige Auffassung, logische Gliederung und Schlußfolgerung, Esprit usw. Bewunderung erregen müsse und nur eine gewisse Zerstreutheit und Gedächtnisschwäche für die Gegenwart zeige, wie sie aber auch bei jüngeren Gelehrten häufig vorhanden sei. Im Entmündigungstermin nannte er als Jahreszahl 1837 oder 1847,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beklagte es, daß er (der 80jährige!) keine Eltern mehr habe, wußte von der Gegenwart so gut wie nichts, erzählte aber in geordneter Weise allerhand Erlebnisse aus der weiter zurückliegenden Vergangenheit.

Andererseits setzen auch diese Kranken plötzlich ihre Umgebung durch Äußerungen in Erstaunen, die auf eine gewisse Klarheit und Krankheitseinsicht schließen lassen, wie z. B.: „Ich habe keinen Gedanken mehr". „Es überfällt mich immer etwas, so daß ich nicht weiß, wo ich bin". „Es fehlt mir im Kopfe". „Ich weiß alles, kann nur nicht sprechen, weil ich eine Krankheit habe". „Sie müssen es mir nicht übel nehmen, ich bin so alt" usw.

In körperlicher Beziehung kommen zunächst die allgemeinen Erscheinungen in Betracht, die den bekannten Habitus seniler Individuen ausmachen; also: Schwund des Fettpolsters, Abmagerung, Welkwerden der Haut, Arteriosklerose der sichtbaren Arterien, Abstumpfung der Sinnesfunktionen, insbesondere Schwerhörigkeit, Tremor, gebeugte oder an Paralysis agitans erinnernde steife Körperhaltung mit maskenartigem Gesichtsausdruck, unbehilflicher trippelnder Gang, Sphinkterenschwäche, Schlaflosigkeit usw.

Von Störungen neurologischer Art sind auch hier Veränderungen an den Pupillen zu erwähnen, die aber im Senium keineswegs immer die Bedeutung von krankhaften Störungen haben. Daß die absolute Weite und die Lichtreaktion mit dem fortschreitenden Alter normalerweise Veränderungen erleidet, ist an anderer Stelle (s. das Kapitel „Dementia paralytica" S. 342) erwähnt worden. Auch reflektorische Pupillenstarre ist im Greisenalter verschiedentlich beobachtet, und zwar sowohl bei senil dementen als auch bei körperlich und geistig gesunden Greisen. — Ferner kommen bei Greisen Anfälle vorübergehender Ohnmacht oder auch länger dauernder Bewußtlosigkeit ohne konsekutive Lähmungserscheinungen nicht selten vor (pseudoapoplektische Anfälle, Wernicke), andererseits sind in späteren Stadien der reinen Dementia senilis Lähmungen und Kontrakturen der Extremitäten beobachtet, denen kein genügender anatomischer Befund an der Pyramidenbahn entsprach. Endlich ergeben sich aus der häufigen Komplikation der senilen Hirnatrophie mit arteriosklerotischen Herderkrankungen (thrombotischen und embolischen Erweichungen, Blutungen) mannigfache Ausfallserscheinungen, die aber mit der Dementia senilis als solcher nichts zu tun haben.

Eine klinisch und anatomisch besondere Form stellt die der Lissauerschen Paralyse (s. S. 363) zur Seite zu setzende „Dementia senilis mit Herderscheinungen" dar, bei der es infolge einer lokalisierten stärkeren Konzentration des diffusen Krankheitsprozesses zu epileptiformen und apoplektiformen Anfällen und entsprechenden, dauernden Herderscheinungen kommt. Diese umschriebenen Hirnatrophien betreffen besonders oft den Scheitel- und Schläfenlappen und führen nicht selten zu aphasischen Störungen.

Von Einzelformen der senilen Geistesstörungen kommt vor allem die **Presbyophrenie** in Betracht (vgl. die Beschreibung der Korsakowschen (amnestischen) Geistesstörung im Kapitel: Alkoholpsychosen).

Diese nach Kahlbaums Vorgang von Wernicke so bezeichnete Form stellt einen besonders scharf umgrenzten Typus der senilen Psychosen dar. Sie scheint das weibliche Geschlecht häufiger zu befallen als das männliche und kennzeichnet sich durch die tiefe Störung der Merkfähigkeit, die Neigung zur Konfabulation und die schwere Beeinträchtigung des örtlichen und zeitlichen Orientierungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermögens bei erhaltener Aufmerksamkeit und Ordnung des Gedankenganges, leidlicher Urteilsfähigkeit und indifferenter oder leicht euphorischer Gemütslage. Anklänge an Zustände dieser Art kommen auch sonst bei senil Dementen vielfach vor (s. oben). Hier fällt es aber bei dem äußerlich korrekten und geordneten Verhalten dieser Kranken ganz besonders auf, wenn sie alles nach kürzester Zeit wieder vergessen, über die wichtigsten, sie selbst betreffenden Daten, wie Namen, Geburtstag, Familienverhältnisse, die Generation, der sie angehören, völlig im unklaren sind und dementsprechend die unrichtigsten und widersprechendsten Antworten geben, sich auch nach längerem Aufenthalt in der Örtlichkeit und in den Personen ganz und gar nicht auskennen usw. — In anderen Fällen zeigt die Stimmung dieser Kranken mehr einen leicht gereizten oder zornmütigen Charakter.

Die Presbyophrenie tritt entweder als chronische oder als akute, delirante Form auf; in letzterem Falle besteht gleichzeitig ein mäßiger Grad von Bewegungsunruhe, Schlaflosigkeit und zeitweiliges Halluzinieren, besonders auf optischem Gebiet. Die chronische Form ist als unheilbar anzusehen und geht schließlich in einfache senile Demenz über; die akute kann innerhalb einiger Wochen zur Heilung kommen.

70jährige Frau. Der Ehemann berichtet, daß sie nach verschiedenen Gemütsbewegungen in den letzten 10 Jahren zunehmend geistesschwach geworden sei. Sie vergesse alles, nur nicht aus ihrer Kindheit. So bildet sie sich ein, daß ihre Eltern noch leben und in der Nähe wohnen. Alle Tage will sie dahin gehen und die Kühe melken. Wenn man sie hindert, wird sie bösartig; läuft auch heimlich davon und bleibt tagelang fort. Sie vergißt alles Neue sofort, neuerdings weiß sie auch ihren Namen und ihre Wohnung nicht mehr. Wenn sie ihr Elternhaus besuchen will, läuft sie immer weiter von Hause fort, bleibt manchmal die ganze Nacht aus und behauptet dann, sie sei zu Hause bei den Eltern gewesen. In der Klinik leichte motorische Unruhe besonders nachts, kramt das Bett aus, schimpft unverständlich. Immer redselig, geschäftig, völlig desorientiert. Faßt die Umgebung ziemlich gut auf, vergißt aber alles von einem Augenblick zum anderen. Gibt ihr Alter jetzt auf 62 Jahre, dann auf 56 Jahre an. Konfabuliert nicht aktiv, läßt sich aber durch suggestive Fragen zur Erzählung aller möglichen Erlebnisse bringen: Hat ihren Vater gestern auf der Rabenbrücke gesehen, ist auf den Markt gegangen usw.

Als atypische Formen der senilen Demenz sind neuerdings Fälle beschrieben worden, die durch die „langsame Entwicklung eines ungemein schweren geistigen Siechtums mit den verschiedenen Erscheinungen einer organischen Hirnerkrankung" (KRAEPELIN) charakterisiert sind. Diese ALZHEIMERsche Krankheit beginnt mit einer allgemeinen Abnahme der Intelligenz, welche in etwa einem Jahre zu tiefster Verblödung führt. Gleichzeitig stellt sich eine eigenartige paraphasische Sprachstörung ein mit eigenartigem Perseverieren von Worten und Silben und schließlichem Übergang in eine Folge ganz sinnloser Laute. Anatomisch finden sich sehr schwere Veränderungen, die gewissermaßen schwerste Formen der senilen Verödungen darstellen. Die Krankheit ist übrigens keineswegs an das eigentliche Senium gebunden, sondern scheint im Präsenium häufiger zu sein und ist auch schon in den 40er Jahren beobachtet.

Pathologische Anatomie.

Makroskopisch finden sich am Gehirn und seinen Häuten: Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldach, Schlaffheit und Faltung der Dura besonders über dem Stirnhirn, Hydrocephalus externus. Trübung und Verdickung der weichen Häute,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die zuweilen mit der Hirnoberfläche verwachsen sind. Allgemeine, im Stirnhirngebiet aber besonders ausgesprochene Atrophie des Gehirns und Gewichtsverlust, der den Mantelteil weit stärker betrifft, als das Kleinhirn und den Stamm. Die Windungen sind verschmälert, die Furchen zum Teil klaffend; die weiße Substanz ist atrophisch. Ferner bestehen Dilatation und Hydrops der Ventrikel, Verdickung, nicht selten auch Granulierung des Ventrikelependyms, endlich Thrombosen und Embolien mit konsekutiven Erweichungen. —

Am Rückenmark: Abnahme des Durchmessers und des Gewichtes. Verdickung der weichen Häute und Einlagerung von Knochenplättchen, Vermehrung der Spinalflüssigkeit.

Mikroskopisch werden in den Fällen einfacher, nicht mit Arteriosklerose komplizierter Dementia senilis diffuse Veränderungen vorzugsweise der Hirnrinde festgestellt; aber auch das übrige Zentralnervensystem ist meist in Mitleidenschaft gezogen. Die Ganglienzellen der Hirnrinde und zwar auch die normalerweise pigmentfreien sind stark pigmentiert und zeigen Erkrankungen meist chronischer Art, ohne aber in ihrer Anordnung gestört zu sein, so daß die Rindenarchitektonik erhalten bleibt. Die Nervenfasern sind meist nicht sehr stark geschädigt, am meisten die Tangentialfasern, abgesehen von den Fällen mit Herden besonders schwerer Erkrankung, die dann zu ausgedehntem Faserausfall führen kann. An der Glia finden sich Entartungs- und Wucherungsvorgänge. Neuerdings sind insbesondere bei der Presbyophrenie drusenartige, über die ganze Rinde verstreute kleine Herde beschrieben worden, in denen sich ein strukturloser, wohl aus Abbaustoffen, gliösen Massen und veränderten Nervenfasern bestehender Inhalt findet (O. Fischer). Die Gefäße zeigen regressive Veränderungen (Schlängelung, Pigmentierung und fettige Degeneration der Endothelzellen, Spaltung der elastischen Membran, Degeneration der Muscularis, Pigmentierung und Zerfall der Adventitialzellen), aber keine zellige Infiltration der Lymphscheiden, wie wir sie als charakteristisch für die Dementia paralytica kennen gelernt haben, auch keine Stäbchenzellen. Im übrigen Zentralnervensystem finden sich ähnliche, aber weniger ausgesprochene Veränderungen; im Hemisphärenmark, im Thalamus, im Rückenmark, hier aber nicht als Systemerkrankungen, sondern als Rand- und Seiten- und Hinterstrangsklerosen.

Diagnose.

Bei den typischen Schwächezuständen des hohen Alters wird die Diagnose keine Schwierigkeit machen. Dagegen kommt bei den präsenilen Formen die Abgrenzung von der arteriosklerotischen Geistesstörung, der Dementia paralytica und der Lues cerebri in Betracht.

Mit Bezug auf die Arteriosklerose und die Lues cerebri kann auf die betreffenden Kapitel verwiesen werden. — Die Unterscheidung von der Dementia paralytica (siehe dort) kann unter Umständen schwierig sein. So verschieden die Gewebserkrankungen bei beiden Krankheiten sind, so können doch sogar noch im Senium histologische Befunde vorkommen, die abgesehen von gewissen durch das hohe Alter bedingten Besonderheiten ganz mit denen bei Dementia paralytica übereinstimmen. Es gibt also wohl unzweifelhaft auch im Senium noch echte paralytische Erkrankungen. Im übrigen wird die Differentialdiagnose meist möglich sein aus der verschiedenen Art der geistigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwäche, dem späteren Eintreten schwerer Lähmungserscheinungen bei der Dementia senilis, der Seltenheit der reflektorischen Pupillenstarre bei dieser, dem Fehlen der typischen Sprachstörung und des charakteristischen Liquorbefundes, endlich dem im ganzen viel langsameren Verlauf der Dementia senilis.

Die **Therapie** kann bei den senilen Geistesstörungen nur eine symptomatische sein. Gegen die Schlaflosigkeit ist außer dem Veronal auch die Anwendung des Amylenhydrats und des Paraldehyds zu empfehlen, das von den Kranken meist gut vertragen wird.

In forensischer Beziehung kann die senile Demenz der Beurteilung dann große Schwierigkeiten machen, wenn es sich um die Frage der Geschäftsfähigkeit, insbesondere die nachträgliche Feststellung der Testierfähigkeit handelt. Die Entscheidung muß von Fall zu Fall erfolgen. Man erinnere sich aber dabei der häufigen unvermittelten Bewußtseinsschwankungen senil geschwächter Personen. — Unter den strafrechtlichen Konflikten seniler Individuen stehen Fahrlässigkeits- und Sittlichkeitsvergehen an erster Stelle. Bei kriminellen Greisen sollte die Frage der Zurechnungsfähigkeit immer geprüft werden.

Literatur.

Außer den Lehrbüchern der Psychiatrie:

ALZHEIMER, Neuere Arbeiten über die Dementia senilis. Monatsschr. f. Psych., Bd. III.
Derselbe, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Seelenstörungen des Greisenalters. Neurol. Centralbl. 1898.
BINSWANGER, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 52, 1894.
Derselbe, Epilepsie. Nothnagels Handbuch 1904.
FISCHER, O., Die presbyophrene Demenz, deren anatomische Grundlage und klinische Abgrenzung.
Derselbe, Weiterer Beitrag dazu. Z. für d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 3. u. 12.
FÜRSTNER, Über die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych., Bd. XX, 1889.
MENDEL, Das Delirium hallucinatorium. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 29, 1894.
MOELI, Weitere Mitteilungen über Pupillenreaktion. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 18 u. 19, 1897.
NOETZLI, Über die Dementia senilis. Mitteilungen aus klinischen und medizinischen Instituten der Schweiz, III. Reihe, 4. H.
PFERSDORFF, C., Die senilen Veränderungen der Sprache. Straßburg 1906.
SALGO, Die funktionellen Geistesstörungen im Greisenalter. (Referat in Mendels Jahresbericht 1902).
SCHMIDT, H., Die Geistesstörungen des Greisenalters. Deutsche Medizinalzeitung, Nr. 9—15, 1898.
SIEMERLING, Über die Veränderung der Pupillenreaktion bei Geisteskranken. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 44, 1895.
ZINGERLE, Über Geistesstörungen im Greisenalter. Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark, Nr. 9, 1898.

Geistesstörungen bei anderen organischen Erkrankungen des Gehirns.

1. Geistesstörungen bei Gehirntumoren.

Die Neubildungen des Gehirns sind sehr häufig von psychischen Anomalien begleitet. In der großen Mehrzahl der Fälle bestehen diese nur in einer gewissen **Benommenheit**, die mit dem Fortschreiten des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheitsprozesses und insbesondere des Hirndruckes zunimmt. Es handelt sich demnach hierbei um ein Allgemeinsymptom, das dem Kopfschmerz, dem Erbrechen, den allgemeinen Krämpfen, der Stauungspapille an die Seite zu setzen ist.

Die Kranken erscheinen infolge dieser Benommenheit wie schlaftrunken, psychisch gehemmt, stumpf, teilnahmlos für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Es bedarf aber, wenigstens in den Anfangsstadien, nur eines leichten Anrufens, um zu zeigen, daß ein Zustand von Demenz, den man nach dem äußeren Verhalten leicht annehmen könnte, nicht besteht. In den späteren Krankheitsstadien nimmt diese leichte Bewußtseinstrübung oft zu, zeigt aber in ihrer Intensität erhebliche Schwankungen.

Außerdem kommen **psychotische Zustände** der verschiedensten Art bei Hirntumoren vor, sowohl solche, die durch große Reizbarkeit und tobsüchtige Erregung oder durch ein leicht manisches Verhalten mit läppischen Zügen charakterisiert sind, als auch depressive Formen, paralyseähnliche Bilder, durch neurasthenische und hysterische Züge gekennzeichnete Fälle, paranoiaartige Zustände usw. Eine bestimmte für den Hirntumor spezifische Psychose gibt es nicht.

Was die Häufigkeit psychischer Störungen bei den Tumoren der verschiedenen Hirnregionen im Vergleich mit der Häufigkeit der Tumoren dieser Regionen überhaupt betrifft, so haben neuere Untersuchungen (Gianelli, Schuster) ergeben, daß die Stirnhirntumoren sich am häufigsten mit psychischer Störung verbinden; es folgen die multiplen Tumoren, die Tumoren des Kleinhirns, der Stammteile und des Balkens, der Zentralgebiete usw.

Demgegenüber finden sich Hirntumoren überhaupt, d. h. abgesehen von der Frage, ob dabei psychische Störungen bestehen oder nicht, am häufigsten im Kleinhirn; es folgen die multiplen und erst an dritter Stelle die Stirnhirntumoren, an welche sich die Tumoren der Zentralgegend und der Stammteile anschließen; an letzter Stelle stehen die Balkentumoren.

Endlich ergibt eine für jede Hirnregion aufgestellte Spezialberechnung, daß Tumoren des Balkens so gut wie ausnahmslos mit psychischer Störung verbunden sind, es folgen die Stirnhirntumoren mit ca. 80%, die der Temporal- und Occipitallappen, sowie der Hypophysis und die multiplen Tumoren mit 66—60% und zuletzt die Tumoren des Kleinhirns, der Zentralgegend und der Stammteile mit 35—25%.

Was sodann die Beziehung zwischen der Art des Tumors und der Häufigkeit der Geistesstörung betrifft, so wird angegeben, daß die Cysticerken sich besonders häufig mit psychischer Störung verbinden.

Die Versuche, bestimmte Beziehungen zwischen der Form der geistigen Störung und der speziellen Lokalisation der Tumors im Gehirn herauszufinden, haben bis jetzt zu sicheren Resultaten nicht geführt.

Am verführerischsten erscheint es, dem Stirnlappen, mit Rücksicht auf die ihm wohl mit Recht zugeschriebene besondere Bedeutung für die höheren psychischen Funktionen und die obenerwähnte relative Häufigkeit psyehischer Störungen bei Stirnhirntumoren, in dieser Hinsicht eine Sonderstellung anzuweisen, zumal nach der allgemeinen Erfahrung in der Tat bei Tumoren dieser Lokalisation gewisse psychische Krankheitszeichen wie Charakterveränderung und eigen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artige Zustände läppisch-heiterer Aufregung (Moria, Witzelsucht) besonders häufig sind. — Daß diese Form der Geistesstörung in der Tat bis zu einem gewissen Grade als für Stirnhirntumoren spezifisch angesehen werden darf, erscheint wahrscheinlich. Der eigentümliche Humor mit Neigung zu witzelnden Bemerkungen, der das Charakteristische des Zustandes ausmacht, kommt aber, wie allgemein zugegeben wird, auch bei Tumoren ganz anderer Lokalisation vor und findet sich gelegentlich auch bei anderen Gehirnerkrankungen, z. B. bei multipler Sklerose. Man hat deshalb in neuester Zeit das Symptom als echtes Allgemeinsymptom aufgefaßt, das sich meist auf dem Boden eines durch die Geschwulst direkt oder indirekt bedingten Verblödungsprozesses entwickle. Die Tatsache, daß es bei Tumoren des Stirnhirns häufiger als bei solchen anderen Sitzes gefunden wird, erklärt sich dann dadurch, daß Geschwülste dieses Hirnteiles meist Neigung zu relativ langer Krankheitsdauer und besonderer Größenentwicklung zeigen und damit Gelegenheit zu intensiverer Schädigung der Hirnrinde und Hervorrufung einer psychischen Erkrankung haben, während sie deutliche Lokalerscheinungen sehr oft nicht bedingen (Ed. Müller).

Demnach weist das frühzeitige und hervorstechende Auftreten geistiger Erkrankungen bei Gehirntumoren, unter der Voraussetzung, daß nicht andere Momente (psychopathische Belastung, frühere psychische Anomalien) diese erklären, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf den Sitz des Tumors im Stirnhirn.

Die **Diagnose und Prognose** der Geistesstörungen bei Hirntumor fällt im allgemeinen mit der des letzteren zusammen. — In differentialdiagnostischer Beziehung ist auf die ophthalmoskopische Untersuchung (Stauungspapille) besonderer Wert zu legen.

Therapie. In den Fällen, in denen eine operative Entfernung des Tumors möglich ist, darf auf ein Verschwinden oder eine wesentliche Besserung der Geistesstörung gerechnet werden.

Literatur.

Bruns, L., Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin 1897.
Gianelli, Gli Effetti directi ed indirecti dei neoplasmi encefalici sulle funzioni mentali. Policlinico 1897. Ref. Neurol. Centralbl. 1897 und Schmidts Jahrbücher 1898.
Jastrowitz, Beiträge zur Lokalisation im Großhirn und deren praktische Verwertung, Leipzig 1888. Deutsche med. Wochenschr. 1888.
Müller, Eduard, Über psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. Leipzig 1902.
Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagels Handbuch 1897.
Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart 1902.
Welt, Charakterveränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. XLII, 1888.

2. Geistesstörungen bei multipler Sklerose.

Es handelt sich meist um einfache geistige Schwächezustände, selten um psychotische Zustände verschiedenen Charakters.

Die geistige Schwäche tritt meist erst nach längerem Bestehen der körperlichen Erscheinungen deutlicher hervor, bleibt aber im ganzen wenig markant und erreicht, wenn überhaupt, erst spät erheblichere Grade. Man muß sich davor hüten, aus dem Zwangslachen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und der zuweilen ganz unverständlichen Sprache auf Demenz zu schließen. Die Kranken werden bei dieser polysklerotischen Demenz (SEIFFER) nicht stumpf und interesselos, sondern nur gedächtnisschwach und langsam in ihren intellektuellen Leistungen. Vielfach besteht dabei eine unmotiviert euphorische, nicht selten plötzlich wechselnde Stimmung.

Die psychotischen Zustände gestalten sich verschieden, je nachdem sie mehr dem Initialstadium angehören, also der Entwicklung schwererer körperlicher Störungen vorausgehen oder erst spät, im Endstadium der Krankheit hervortreten. Im ersteren Falle überwiegen affektive Störungen manischer oder depressiver Färbung, zuweilen und zwar besonders im Anschluß an epileptiforme oder hysterische Anfälle, mit Beimischung deliranter Episoden. Die manische Erregung trägt bei jüngeren Individuen öfters läppische, moriaartige Züge. Die traurige Verstimmung geht vielfach mit peinlichen Sensationen und hypochondrischen Deutungen einher. — Die in den späteren Stadien auftretenden geistigen Anomalien erinnern durch die dabei nicht selten vorhandenen maßlosen Größenideen an Dementia paralytica und führen nicht selten zu Verwechslungen mit dieser; oft werden sie übrigens bei den äußerlich nicht auffälligen Kranken auch wohl ganz übersehen.

Literatur.

DANNENBERGER, Zur Lehre von den Geistesstörungen bei der multiplen Sklerose. Dissertation. Gießen 1901.
DUGE, Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei der multiplen Sklerose. D. Z. f. Nhkde 1914.
MÜLLER, Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarkes. Jena 1904.
RAECKE, Psychische Störungen bei der multiplen Sklerose. Arch. f. Psych. Bd. 41.
SEIFFER, Über psychische, insbesondere Intelligenzstörungen bei multipler Sklerose. Arch. f. Psych., Bd. 40.

---

3. Geistesstörungen nach Verletzungen des Schädels und seines Inhalts (Traumatische Psychosen).

Als traumatische Psychosen besprechen wir hier nur die Fälle, in denen infolge einer traumatischen Schädigung des Schädels und seines Inhalts geistige Störungen zur Entwicklung gelangt sind.

Die traumatischen Neurosen oder Neuropsychosen haben bereits an anderer Stelle (s. das Kapitel „Neurasthenie") Berücksichtigung gefunden. Eine scharfe Trennung beider Gruppen ist übrigens praktisch nicht durchführbar, da die Erscheinungen der traumatischen Neurose sich sehr oft mit denen der mechanischen Hirnschädigung verbinden.

Ätiologie.

Für die Entstehung traumatischer Psychosen kommen sowohl die schweren Gewalteinwirkungen in Betracht, die zu einer mehr oder minder ausgedehnten Zertrümmerung des Schädels und seines Inhaltes führen, als auch diejenigen, infolge welcher nur eine geringfügige oder auch gar keine äußere Verletzung stattgefunden hat. Dabei ist ein direktes Aufschlagen oder Getroffenwerden des Kopfes nicht notwendig, da unter Umständen auch ein Fall auf die Füße, die Knie oder das Gesäß denselben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfolg haben kann. Das gemeinsame Moment bei allen diesen Fällen ist die Gehirndurchschüttelung, die auch bei leichten Traumen (z. B. einer kräftigen Ohrfeige) stattfinden, bei schweren ausbleiben kann.

Obwohl Kopfverletzungen in den Anamnesen Geisteskranker mit Recht eine große Rolle spielen, sind doch die Fälle, in denen man von einer unmittelbaren Auslösung einer Psychose durch jene, also von einer traumatischen Psychose im strengsten Sinne sprechen kann, verhältnismäßig selten. In der großen Mehrzahl der Fälle wirken neben dem Trauma noch andere, prädisponierende Momente mit, deren Abschätzung gegeneinander meist schwierig, wenn nicht unmöglich ist. Es ist deshalb ein vergebliches Bemühen, auf statistischem Wege Aufschluß über die Häufigkeit der traumatischen Psychosen gewinnen zu wollen.

Die schädliche Wirkung der Kopfverletzungen auf die Psyche wird einerseits durch gewisse physiologische Dispositionen (Embryonalleben, Pubertät, Senium und Präsenium, resp. Klimakterium), andererseits durch alle jene pathologischen Momente begünstigt, die erfahrungsgemäß die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabzusetzen geeignet sind. In ersterer Beziehung sind insbesondere die Kopfverletzungen während des intrauterinen Lebens und des Geburtsvorganges zu nennen, die eine häufige Ursache von Entwicklungshemmungen und geistigen Schwächezuständen bilden.

Unter den pathologischen Momenten kommt, abgesehen von der neuropathischen Belastung und dem prädisponierenden Einfluß andauernder Gemütsbewegungen, insbesondere die Arteriosklerose infolge von chronischem Alkoholismus und Syphilis in Betracht. — Zwischen der letzteren und den Kopfverletzungen bestehen offenbar besondere ungünstige Wechselbeziehungen, indem einerseits die Syphilis für traumatische Schädigungen besonders empfänglich, andererseits das Trauma eine latente Syphilis manifest macht (STOLPER).

Krankheitsformen.

Die traumatischen Psychosen können wir nach ihrer zeitlichen Beziehung zu der Verletzung einteilen in solche, die dem Trauma unmittelbar folgen und solche, die von ihm durch einen kürzeren oder längeren Zeitraum getrennt sind. Es handelt sich dabei indessen nicht immer um geschlossene psychotische Bilder, sondern vielfach nur um gewisse psychotische Elementarstörungen von eigenartiger Färbung.

Die typische Form der traumatischen Psychosen ist die **akute Kommotionspsychose** (KALBERLAH). In unmittelbarer Folge der mit Gehirnerschütterung verbundenen Kopfverletzung tritt ein Zustand von Bewußtlosigkeit ein, der in schwereren Fällen längere Zeit andauert und mit Erbrechen und Pulsverlangsamung verbunden ist, in leichten dagegen ohne solche Begleiterscheinungen in kürzerer Zeit vorübergeht. Der Nachweis, daß Bewußtlosigkeit bestanden hat, ist unter Umständen nachträglich oft schwer zu erbringen. Aus der Schwere der Verletzung ist in dieser Hinsicht ein sicherer Schluß nicht zu ziehen, da es wesentlich von der Angriffsweise des traumatischen Momentes abhängt, ob dieses geeignet war, eine Gehirnerschütterung herbeizuführen oder nicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beim Erwachen aus der Bewußtlosigkeit kann völliges Wohlbefinden bestehen. Zuweilen ist noch eine Zeitlang abnorme Ermüdbarkeit und Ablenkbarkeit vorhanden. Vielfach kommt es auch nach Gehirnerschütterungen zu einer insofern eigenartigen Erinnerungsstörung, als nicht nur der Unfall selbst und die auf ihn unmittelbar folgenden Vorgänge, sondern mehr oder weniger auch die dem Unfall vorausgehenden, der gesunden Zeit angehörigen Ereignisse der Erinnerung entzogen sind (retrograde Amnesie). Die Verletzten wissen nicht, in welcher Situation sie sich zur Zeit des Unfalles befunden, was sie am Morgen des betreffenden Tages oder längere Zeit vorher getan haben usw. In einem meiner Fälle, bei dem allerdings auch starker Alkoholismus bestand, hatte ein verhältnismäßig leichter Unfall sogar eine sich auf mehrere Jahrzehnte erstreckende retrograde Amnesie zur Folge.

Eine solche traumatisch bedingte retrograde Amnesie beobachtet man übrigens häufig auch bei Individuen, die nach mißglückten Erhängungsversuchen zum Bewußtsein zurückgebracht sind. Diese Fälle haben auch zu den nachstehend besprochenen Formen insofern eine Beziehung, als mit der Wiederherstellung der Zirkulation und Respiration bei ihnen ein deliranter Zustand mit heftiger motorischer Erregung aufzutreten pflegt, der mit dem sogleich zu besprechenden traumatischen Delirium große Ähnlichkeit besitzt. Wenn die Kranken dann nach Tagen erwachen, zeigen sie neben stark herabgesetzter Merkfähigkeit das Symptom der retrograden Amnesie oft in sehr ausgesprochener Weise.

Die Kommotionspsychose wird im ganzen häufiger vom Chirurgen als vom Psychiater beobachtet, wenigstens in ihrem ersten Stadium, dem traumatischen Delirium, welches sich unmittelbar an die durch das Trauma bedingte Bewußtlosigkeit anschließt: Die Kranken erwachen, kommen aber zunächst nicht zu sich, sondern bleiben unklar, verkennen ihre Lage und Umgebung und zeigen oft eine elementare Unruhe, indem sie den Verband abreißen, aus dem Bett springen, sinnlos fortdrängen, um sich schlagen, brüllen usw. Dabei fassen sie sich wohl an den Kopf oder klagen in klareren Augenblicken auch direkt über Kopfweh. Seltener treten in dieser Phase Sinnestäuschungen oder Stimmungsanomalien depressiver oder expansiver Art deutlich hervor. Zuweilen schließt sich an eine kurzdauernde Bewußtlosigkeit ein Dämmerzustand an, in dem die Kranken äußerlich unauffällig sind und geordnete Handlungen ausführen, ohne sich nachher daran erinnern zu können.

Nach mehrtägiger Dauer klärt sich das Bewußtsein, die Kranken zeigen aber jetzt eine auffällige Merkschwäche und dadurch bedingte Schwierigkeit, sich zu orientieren, besonders in zeitlicher Beziehung. Oft kommt es zu Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen, so daß das Zustandsbild lebhaft an den Korsakowschen Symptomenkomplex (s. Alkoholpsychosen) erinnert.

Die geschilderten Störungen können sich allmählich wieder ausgleichen, sehr oft bleiben aber gewisse Krankheitserscheinungen auf geistigem und körperlichem Gebiet längere Zeit oder auch dauernd bestehen: Die Kranken sind ermüdbar, sehr empfindlich gegen Geräusche, kalorische Einflüsse, Alkohol, Nikotin usw.; vielfach besteht eine ausgesprochene Menschenscheu, sie sitzen untätig da, sind teilnahmlos, egoistisch, mürrisch, dabei aber in ihrer Auffassung und Urteilsfähigkeit nicht wesentlich gestört und in bezug auf ihren Zustand nicht ohne Einsicht. Besonders auffallend ist die Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel und die krankhafte Reizbarkeit, die aus kleinem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anlaß zu den heftigsten Wutausbrüchen und gewalttätigen Handlungen führen kann. So kann es zu einer völligen Umwandlung des Charakters kommen (traumatische Degeneration). — In anderen Fällen treten die Zeichen geistiger Schwäche deutlich hervor. Es kann sich eine ausgesprochene traumatische Demenz entwickeln, die sich kennzeichnet durch geistige Schwerfälligkeit, Interesselosigkeit bis zu völliger Apathie, Merkschwäche und Vergeßlichkeit auch für weiter zurückliegende Dinge, Zerfahrenheit, labile Stimmung mit plötzlichen unvermittelten Erregungszuständen, zuweilen auch durch Verschrobenheit und Lügenhaftigkeit im Sinne der Pseudologia phantastica. In einem meiner Fälle hatten sich im Anschluß an eine schwere Kopfverletzung Anfälle dipsomanischer Art eingestellt. Eine gewisse Periodizität der posttraumatischen Erscheinungen ist überhaupt nicht selten erkennbar. Diese Zustände erreichen hohe Grade meist erst nach längerer Dauer, zeigen aber im ganzen einen sehr stationären Charakter.

Auf körperlichem Gebiet sind besonders typisch die Klagen über Kopfweh, Ohrensausen und Schwindel, welche im Verein mit der obenerwähnten gemütlichen Reizbarkeit ein charakteristisches Syndrom der Traumatiker bilden. Der Kopfschmerz wird selten lokalisiert, meist vielmehr als allgemeiner dumpfer Druck geschildert; er zeigt in seiner Intensität eine deutliche Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, wie Bücken, Schütteln, Anstrengungen, Aufregungen, Alkohol, Hitze usw. In manchen Fällen ist es nicht ein eigentlicher Schmerz, sondern diese oder jene Mißempfindung besonderer Art, die von den Kranken oft an die Stelle der Verletzung verlegt wird. Der Schwindel tritt meist nicht spontan, sondern in Anfällen auf, die gleichfalls von gewissen Gelegenheiten (Veränderungen der Körperhaltung, Emporsehen, längeres Lesen, Bücken, plötzliches Aufstehen aus liegender Stellung) abhängig sind. Zuweilen gelingt es, während der subjektiven Schwindelempfindung ein deutliches Schwanken des Patienten oder auch rasch vorübergehenden Nystagmus zu beobachten. Die erwähnte Symptomentrias: Kopfschmerz, Schwindel, Reizbarkeit, vereinigt sich mit mehr oder weniger ausgesprochenen vasomotorischen Störungen zu dem sogenannten **vasomotorischen Symptomenkomplex,** welcher oft die einzige Folge der Schädelverletzung bildet und allmählich wieder verschwindet oder wenigstens zurücktritt.

Eine besonders wichtige Folge von Läsionen des Schädels, des Gehirns oder seiner Hüllen stellt die **traumatische Epilepsie dar.** Sie schließt sich nur selten unmittelbar an die Kopfverletzung an, sondern folgt dieser vielmehr meist erst nach Monaten oder Jahren. Sowohl eine allgemein einwirkende Gehirnerschütterung als auch ein durch örtliche Verletzungen des Schädels oder Gehirns gesetzter Reizzustand kann die Ursache echter Epilepsie werden. Wahrscheinlich liegt ein lokalisiertes Trauma dieser Art auch dem größten Teil der Fälle zugrunde, in welcher schon in frühester Kindheit eine Epilepsie, oft mit halbseitigen Erscheinungen aufgetreten ist. Von der Läsionsstelle gehen oft motorische, sensible und sensorische Auraerscheinungen aus. Die verletzte Stelle ist schmerzhaft auf Druck; zuweilen sind Anfälle auf diese Weise auszulösen. Vielfach tritt die traumatische Epilepsie jahrelang nur in Form von Schwindelanfällen auf und es kommt erst weiterhin zu ausgebildeten Krämpfen. Diese können dann die ganze bei der genuinen Epilepsie bekannte Vielgestaltigkeit der Formen zeigen. Häufig sind auch bei der traumatischen Epilepsie psychische Veränderungen, sowohl in Form der bekannten epilep-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tischen Degeneration, als auch in der der interparoxysmalen Verstimmungen und der psychischen Äquivalente.

Endlich wäre noch die gelegentliche Entstehung von **Wahnideen persekutorischer Art** im Zusammenhang mit Schädeltraumen zu erwähnen. Meist handelt es sich dabei wohl zunächst um gewisse geistige Schwächeerscheinungen und die spätere Umdeutung von quälenden Mißempfindungen im Kopfe.

Im allgemeinen muß man mit Bezug auf die Anerkennung direkter ätiologischer Beziehungen zwischen einer Kopfverletzung und einer später aufgetretenen, den bekannten Formen entsprechenden Psychose sehr vorsichtig sein. Behauptet wird ein solcher Zusammenhang bekanntlich ungemein häufig und für nahezu alle Formen psychischer Erkrankung. Eine diesbezügliche Frage wird deshalb in vielen Fällen ohne weiteres verneint werden, und höchstens die Verstärkung einer sicher bestehenden individuellen Prädisposition zugegeben werden können. Im übrigen wird bei der Begutachtung zweifelhafter Fälle zu berücksichtigen sein: die Schwere des Unfalls, die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung (Erschütterung) des Gehirns selbst, die Frage der Bewußtlosigkeit nach dem Trauma, der zeitliche Zusammenhang zwischen diesem und den psychischen Störungen, der Gesundheitszustand des betreffenden Kranken vor der Verletzung, endlich die klinische Form der psychischen Störung.

Pathologische Anatomie.

Makroskopisch kommen in Betracht vor allem Schädelbrüche mit oder ohne Verletzung der Weichteile und des Schädelinnern. Zerreißung der Dura kommt sowohl bei subkutanen als auch bei komplizierten Frakturen vor. Blutungen aus den meningealen Gefäßen führen zu supra- und subduralen Hämatomen und zwar nicht nur bei direkter Verletzung des Schädels, sondern unter Umständen auch bei bloßer Erschütterung des Körpers. Kleinere Blutergüsse werden leicht resorbiert. Durazerreißungen heilen unter Narbenbildung.

Über das eigentliche anatomische Substrat und das Wesen der traumatischen Psychosen werden wir mit Bestimmtheit erst etwas aussagen können, wenn wir die feineren Vorgänge bei der Gehirnerschütterung kennen. Neuere Untersuchungen (Kronthal, Friedmann u. a.) haben Veränderungen an den kleinen Hirngefäßen ergeben, die man zu dieser in Beziehung gebracht hat. Die Veränderungen bestanden in frühzeitiger Arteriosklerose, Erweiterung und Ausbuchtung der Kapillaren, hyaliner Entartung und Rundzelleninfiltration ihrer Wandung, Erweiterung der Gefäßscheiden und teilweiser Ausfüllung dieser mit Blutpigment und Rundzellen. Im Zusammenhang damit sind die Befunde multipler Erweichungen von Interesse, die verschiedene Autoren in den Gehirnen von tödlich auf den Kopf gestürzten Individuen erhoben haben.

Hiernach erscheint es naheliegend, das Wesen der Gehirnerschütterung und ihrer Folgen in einer akuten Ernährungsstörung der Großhirnrinde infolge gestörter Tätigkeit der Hirngefäße, und den Folgezuständen einer solchen zu sehen. — Von anderer Seite (Köppen) wird mehr Wert auf die häufigen Quetschungen der Hirnsubstanz, besonders an der Basis der Stirnlappen, an der Spitze der Schläfenlappen sowie am Hinterhauptlappen, und auf entsprechende Narbenbildung gelegt, von der ausgehend plötzliche Reize auf dem Wege zirkulatorischer Störungen die Allgemeinerscheinungen hervorrufen sollen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die **Diagnose** des traumatischen Deliriums ist im allgemeinen einfach, wenn dieses sich unmittelbar an die Verletzung anschließt. Differentialdiagnostisch könnte das Alkoholdelirium in Betracht kommen, das sich aber durch die charakteristischen (Tier-) Halluzinationen, den eigenartigen Bewußtseinszustand, den Trinkerhumor, den Beschäftigungsdrang, endlich auch durch den Tremor meist deutlich kennzeichnet. — Auf die Schwierigkeiten, welche die Unterscheidung der posttraumatischen und der paralytischen Demenz machen kann, ist bereits in dem Kapitel Dementia paralytica hingewiesen worden. Für die Differentialdiagnose ist besonders zu beachten bei der traumatischen Demenz: das meist ziemlich gute Altgedächtnis, das geringe Hervortreten ethischer Defekte, das Fehlen der charakteristischen körperlichen Störungen, endlich des typischen Liquorbefundes.

Therapeutisch kann im speziellen Fall ein operativer Eingriff in Frage kommen.

Literatur.

BERGMANN, Die Lehre von den Kopfverletzungen. Stuttgart 1880.

BRUN, H., Der Schädelverletzte und seine Schicksale. Bruns Beiträge für Chir. 1903.

BRUNS, O., Über retrograde Anmesie. I.-D., Tübingen 1903.

BUDINGER, Ein Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Zeitschr. f. Chir., Bd. XLI.

DINKLER, Mitteilung eines letal verlaufenden Falles von traumatischer Gehirnerkrankung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1895.

FRIEDMANN, Über eine besonderss schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung und über den vasomotorischen Symptomenkomplex bei derselben im allgemeinen. Arch. f. Psych., Bd. XXIII, 1891.

Derselbe, Weiteres über den vasomotorischen Symptomenkomplex nach Kopferschütterung. Münch. med. Wochenschr. 1893.

Derselbe, Über einen weiteren Fall von nervösen Folgezuständen nach Gehirnerschütterung mit Sektionsbefund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. XI, 1897.

GRASHEY, Allgemeine fortschreitende Paralyse nach Trauma. Obergutachten. Ref. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901.

GUDDEN, Zur Ätiologie usw. der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas usw. Arch. f. Psych., Bd. XXVI.

GUDER, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzung. Jena 1886.

KALBERLAH, Über die akute Kommotionspsychose. Arch. für Psych., Bd. 38, 1904.

KAPLAN, Trauma und Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898.

KÖLPIN, Die psychischen Störungen nach Kopftraumen. Volkmanns Sammlg. klin. Vorträge. Inn. Medizin Nr. 125.

KÖPPEN, Über Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII.

KRAFFT-EBING, Über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868.

KRONTHAL u. SPERLING, Eine traumatische Neurose mit Sektionsbefund. Neurol. Centralbl. 1889.

MENDEL, Das Delirium hallucinatorium. Berl. kl. Wochenschr. 1894.

NÄCKE, Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Gehirnerschütterung usw. Neurol. Centralbl. 1877.

SACHS-FREUND, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Berlin 1899.

SCHÜLLER, Psychosen nach Kopfverletzung. Diss., Leipzig 1892.

SIEMERLING, Kasuistischer Beitrag zur forensischen Beurteilung der traumatischen Epilepsie mit konsekutiver Geistesstörung. Tübingen 1895.

STOLPER, Die Geistesstörungen infolge von Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1897.

Derselbe, Traumatische Psychose bei latenter Syphilis. Ärztl. Sachverständigenztg., Nr. 6, 1904.

WAGNER, Über Trauma, Epilepsie und Geistesstörung. Jahrb. f. Psych., Bd. VIII.

WERNER, Über die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1902. (Daselbst reichhaltiges Literaturverzeichnis.)

WOLLENBERG, Über gewisse psychische Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen. Festschr. der P.-I.-A. Nietleben. Leipzig 1895.

Derselbe, Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen. Arch. f. Psych., Bd. 31, H. 1 u. 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sachregister.

A.

Aberglaube 30.
Abderhalden-Verfahren 66. 71.
Abbauprodukte 70.
Abulie 46. 401.
Ablenkbarkeit 90, 116.
Abort, künstlicher 217.
Abstinenzerscheinungen bei Morphinismus 289.
Abstumpfung 247.
Abwehrbewegungen 47.
Achillessehnenreflex 350.
Addisonsche Krankheit 67.
Ähnlichkeitsassoziation 91.
— Prinzip derselben 19.
Äquivalente, epileptische 304.
— des Malariaanfalles 65.
Affekte 37.
— Folgewirkungen derselben 39.
— Anomalien derselben 228.
Affekthandlungen, impulsive 50.
Affektepilepsie 311.
Affektvorgänge, pathologische 33. 226.
Afunktion 5.
Aggravation 137.
Agitation, halluzinatorische 12.
— motorische 46.
Agoraphobie 28. 131.
Ahnenplasma 53.
Ahnungen 173.
Akinesia algera 324.
Akoasmen 7.
Albuminurie 270.
Algolagnie 41.
Alter 60.
Alliterationen 91.
Alkaloide 62.
Alkohol ätiol. 42. 52. 53. 62. 78. 100. 171. 191. 229. 232. 267. 298.
Alkoholismus 238.
Alkoholvergiftung, akute 268.
— chronische 270.
Alkoholintoleranz 268. 310.
Alkoholreaktion, pathologische 269.
Alkoholepilepsie 281. 298.
Altersschwachsinn 392.
Altersstufen präsenile 109.
Alzheimersche Krankheit 396.
Amentia 199.
Amentia, periodische 117.
— deliröse 203.
— erregte 203.
— stuporöse 203.
— Therapie bei ders. 206.
— Forensische Bedeutung ders. 206.
Amnesie 14. 17.
— anterograde 15.
— retrograde 15. 284. 308. 403.
— retardierte 15.
Amnestischer Symptomenkomplex siehe Korsakoff.
Anämie, perniziöse 67. 199.
Anästhesie 4.
Analgesie 4. 307. 324.
— psychische bei Katatonie 257.
Anamnese 74. 97.
Anatomie, allgemeine 68.
— der periodischen Geistesstörung 125.
— der alkoholischen Seelenstörungen 224.
— der syphilitischen Geistesstörungen 383.
— der arteriosklerotischen Hirndegeneration 389.
— der Delirien 193.
Anencephalie 55.
Anfälle, Angstanfälle siehe diese.
— apoplektiforme 390.
— bei Hirnsyphilis 383.
— bei Amentia 199.
— psychische bei Hypochondrie 147.
— bei Katatonie 258.
— epileptische 299. 302.
— abortive 302.
— petit mal 303.
— reaktive epileptische 312.
— gehäufte kleine 312.
— paralytische 351.
— Periodizität derselben 115.
Angst 44.
— hypochondrische 145.
— agitierte 45.
— melancholische 105.
— sekundäre 45.
— präkordiale 44.
— -psychose 45.
— -handlungen 47.
— Intensitätsgrade derselben 103.
— des Kopfes 44.
— -affekte 103. 111. 131.
— -gefühle 44.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Angstanfälle 44.
— Affektstörungen derselben 111.
— -melancholie 105.
— -lokalisation 44.
— -stupor 45.
Anhedonie 4.
Anisokorie 342.
Anlage, hereditäre 95.
Anoia 204.
Antriebe, motorische 132.
Anorexie 134.
Anstalten, geschlossene 79. 111.
Anstaltsbehandlung 124. 333. 391.
Antisoziale Tendenzen 235.
Antrophobie 131.
Aortitis 367.
Apathie 41. 357.
Aprosexie 21.
Aphasie 337.
Apperzeptionshalluzination 10.
Apperzeptionspsychologie 22.
Arbeit 80.
Arbeitstherapie 80. 141. 159.
Argyll-Robertsonsches Phänomen 343.
Arsen 199.
Arteriosklerose 67.
— neroöse Form 387.
Arteriosklerotische Geistesstörungen 386 ff.
— hyaline Gefäßentartung 389.
Artikulationsstörung bei Delir. 188.
— bei Paralyse 345.
Assimilation 2.
Assoziationsfasern 3.
Assoziationszentren 3.
Assoziationsprozeß 19.
Asthenopie, neurasthenische 129.
Ataxie bei Delir. 187.
— bei Paralyse 349.
Athetose 349.
Atropin 62. 316.
Attaquen, hysteroforme 259.
Aufmerksamkeit 17. 22.
— Einfluß auf Halluzinationen 6.
— Zersplitterung derselben 20.
— Sperrung ders. 22.
— Hemmung ders. 22.
— unbeständige 91.
Augenmuskellähmungen, gehirnsyphilitische 382.
Augenblickskonfabulation 284.
Aura 404.
Ausschreitungen, sexuelle 394.
Autointoxikation, Allgemeines 65. 66.
Automatisme ambulatoire 306.
Azoospermie 56.
Aztekenschädel 56.

B.

Bahnung 2.
Bahnen, ausgeschliffene 2.
Bakterienbefunde 194.
Bakterienmangel 55.
Basedowsche Krankheit 240.
— deliröse Zustände bei derselben 243.
— melancholische Depression bei ders. 243.
— manische Erregung bei ders. 243.
Bauchangst 44.
Bazillenfurcht 145.
Beaufsichtigung, dauernde 111.
Beeinflußbarkeit, erhöhte 91. 255.
Beeinträchtigungsideen 103.
Befehlsautomatie 255.
Begabung, einseitige 56.
Begleiterscheinungen, körperliche 38.
— psychische 39.
Begriffe 16.
Begutachtung, zivilrechtliche 87.
Behaftung, erbliche 53.
Behandlung, hydriatische 81. 99. 112.
— medikamentöse 127.
Benennungsmethode 204.
Benommenheit 16.
— deliriöse 185.
— bei Hirntumoren 398.
Beruf 61.
Berufsbewegungen 49.
Berührungsempfindlichkeit 4.
Berührungsfurcht 190.
Besonnenheit 14.
Beschäftigungswahn 272.
Beschränktheit 226.
Beschmutzungsfurcht 146.
Bestimmbarkeit 341.
Bettruhe 80. 99. 112. 140.
Bewegungen, mimische 39.
— pantomimische 39.
— rhythmische 186.
Bewegungshalluzinationen 7.
Bewegungsstereotypien 48.
Bewegungsäußerungen 26.
Bewegungsdrang 90. 91. 93. 97. 116. **256.**
— deliriöser 185.
— katatoner 256.
Bewegungsunruhe, choreiforme 93.
Bewußtsein 13.
— alternierendes 15.
— Grade desselben 14.
— Aufhellung desselben 186.
— Enge desselben 14.
— Einheit desselben 14.
— Kontinuität desselben 14.
— Verdopplung desselben 15.
— Vervielfältigung desselben 15.
Bewußtseinsstörungen, pathologische **14.** 305. 307.
Bewußtseinszustände, alternierende **15.**
Bewußtlosigkeit, absolute 16. 329.
— im gesetzlichen Sinne 85.
Beziehungswahn 34. 103.
Biogene 2.
Blasenfunktion 135.
Blase, reizbare 135.
Bleivergiftung 62. 292.
Blindheit, hysterische 324.
Blödsinn 224. 309.
Bluterkrankungen 67.
Blutverlust 67.
Blutsverwandtschaft 179.
Brom 125. 315.
Bromakne 316.
Bromipin 316.
Bromismus 316.
— Reflexe bei demselben 316.
— Benommenheit bei demselben 316.
Bulimie 5.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

C.

Cachexia strumipriva 242.
Cachexie pachydermique 242.
Cerebrorheuma 183.
Cerebrotyphus 183.
Cerebrospinalflüssigkeit, Verhalten derselben bei Katatonie 260.
— bei Paralyse 354.
Charakter affektiver 38.
— hysterischer 324. 328.
Charakterveränderung 123.
— traumatische 404.
Chiasma 384.
Chlorose, ätiol. 67.
Chloral 62.
Chloroform 62.
Chorea 67. 181. 335.
— gravidarum 212.
— magna 50.
— genuine 335.
— chronische progressive 316.
— Sydenhami 336.
— Huntington 336.
Choreiforme Bewegungen 349.
— Bewegungsunruhe 93.
Claustrophobie 28. 132.
Clavus 324.
Coccygealdruckpunkt 4.
Cocainismus 291.
— Halluzinationen bei demselben 292.
— trophische Störungen bei dems. 291.
Cocainrausch 291.
Cocainwahnsinn 292.
Commotio cerebri 63.
Cranium progenaeum 56.

D.

Dämmerzustände, allgemeine 14.
— halluzinatorische 11.
— epileptische 305.
— hysterische 326. 327.
Dauerbäder 81. 99.
Debilität 224.
Decubitus 255.
Defekt, ethischer 282.
— — bei Paralyse 356.
Defervescenzdelirien 185.
Degeneration, erbliche 56.
Degenerationszeichen 55.
— körperliche 56.
Degenerationspsychose 58.
Delikte, sexuelle 307.
Deliquien, psychische 23.
Delirante Zustandsbilder 16.
Délire d'emblée 133.
Délire du toucher 146.
Delirien 16. 180.
— halluzinatorische 11.
— mussitierende 16. 189.
— bei Typhus 181.
— bei Gelenkrheumatismus 181.
— bei Malaria 189.
— bei Phthise 189.
— bei Pleuritis 189.
— bei Scharlach 189.
— bei Diphtherie 189.
— bei Influenza 189
Delirien, hysterische 326.
— forensische Bedeutung ders. 195.
Delirium acutum 16. 50. 188.
— tremens 270.
Dementia 224.
— acuta 204.
— senilis 392.
— hebephrenica 251.
— paralytica 109. 339.
— paranoides 262.
— polysclerotica 401.
— postapoplektica 389.
— postsyphilitica 392.
— posttraumatica 404.
— praecox 244.
— praesenilis 381.
— euphorica 357.
— dissecans 245.
— dissociativa 245.
— sejunctiva 245.
— primaria 204.
— secundaria 73.
— senilis 392.
Denkhemmung 21. 41. 101.
Denkprozeß 9.
Denken, doppeltes 9.
Denktätigkeit, Störungen ders. 20ff.
Denkzwang 132.
Depression 101.
— agitierte 123.
— gemütliche 43.
— hebephrenische 246.
— katatonische 254.
— melancholische 103.
— senile 393.
Depressionszustände 214. 218.
Dermographie 134.
Desorientierung 24.
Diabetes, ätiol. 67. 377.
Diagnose 74. 77. 96. 119. 124.
Diätetische Therapie 99. 113. 141.
Diathese, harnsaure 65.
Diplopie, halluzinatorische 7.
Diphtherie 189.
Dipsomanie 51. 286.
Disposition, psychopathische 179.
Dissoziation 23.
Dissimilation 2.
Doppeltdenken 9.
Doppeltsehen 345.
Druckpunkte 4.
— subkutane 4.
— viszerale 4.
— hysterische 324.
Duraverwachsungen 405.
Durazerreißungen 405.
Dyspepsie, nervöse 134.
Dysthymie 43.

E.

Echokinese 51.
Echolalie 51. 256.
Echopraxie 51. 256.
Ehescheidung 88.
Eifersuchtswahn 156. 281. 292.
— akuter bei Laktationspsychosen 176.
Eigenbeziehungen, wahnhafte 386.
Einbildungstäuschungen 10.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einfälle 25.
— wahnhafte 16. 25.
— halluzinatorische 16. 25.
Einflüsse, psychische 108.
Einpackungen, feuchte 99. 113.
Eklampsie 209. 213. 218.
Elektrotherapie 142.
Emotionszustände 132.
Empfindungen 3.
Empfindungsspiegelung 19.
Encephalitis 238.
— subcorticalis chronica 389.
Encephalomyelitis acuta 194.
Endarteritis luetica 384.
Endocarditis 181.
Endothelwucherungen 365.
Energie, chemische 2.
Entartung, erbliche 54.
Entartungszeichen 227.
Entartungserscheinungen 130.
Entbindung 217.
Entfettungskuren 141.
Entladung, elektrische 63.
Entlassung 82.
Entmündigung 87. 169. 379.
Entschlußunfähigkeit 130.
Entwicklung, geistige, normale 226.
Entwicklungsstörungen, anatomische 56.
— funktionelle 56.
— des Gehirns 55.
Entwicklungshemmungen 237.
Enuresis nocturna 16. 316.
Ependymgranulationen 366.
Epilepsie 4. 98. 215. 218. 297.
— psychische 304.
— arteriosklerotische 387.
— larvierte 304.
— Spätformen derselben 381.
— Beziehungen zum Alkoholismus 298.
— Pupillen bei derselben 301.
— Pupillenstarre bei derselben 301.
— Babinskischer Reflex bei ders. 301.
— Erinnerungslosigkeit bei ders. 301.
— punktförmige Blutungen bei ders. 301.
— Körpertemperatur bei ders. 301.
— Erschöpfungserscheinungen b. ders. 301.
— Status epilepticus 302.
— Schweißausbruch bei ders. 303.
— Einschlafen bei derselben 303.
— psychische Störungen bei ders. 303. 304.
— Periodische Verstimmungen b. ders. 304.
— triebartige Handlungen bei ders. 305.
— Charakterdegeneration bei ders. 308.
— chirurgische Behandlung 314.
— hygienische-diätetische Behandlung 314.
— Bromkur bei derselben 315.
— Opiumkur bei derselben 315.
— salzlose Kost bei derselben 316.
— Kochsalzentziehung bei derselben 315.
Epispadie 56.
Erfinderwahn 156.
Ergotin 62.
Ergotinismus 190.
Ergriffenheit 40.
Erinnerung, summarische 307.
Erinnerungsbilder, latente 3.
— Verschiebung derselben 39.
Erinnerungsdelir 328.
Erinnerungsdefekt 14. 307.
Erinnerungsentstellungen 18.
Erinnerungsfälschung 18.
— bei Paralyse 357.
— der Querulanten 156.
— wahnhafte 262.
Erinnerungsfestigkeit 17.
Erinnerungstäuschung 19. 284.
— identifizierte 19.
Erklärungswahnvorstellungen 277.
Erkältung, innere 101.
Ermüdbarkeit 129.
Ermüdungsgefühl, fehlendes 93.
Ernährungsstörungen, allgemeine 51.
Ernährungstherapie 80. 99. 113.
Erotomanie 156.
Erysipelas 63.
Erregung, rückläufige 3.
— tobsüchtige 46. 117. 226.
— zornmütige 93.
— manische 94.
Erregbarkeit, gesteigerte 126.
— gemütliche 39.
Erregungsentladungen 44.
Erregungszustände, ängstliche 126.
— halluzinatorische 8.
— interkurrente 202.
— katatonische 256.
— läppische 247.
— paralytische 358.
— paranoische 158.
Errötungsangst siehe Erythrophobie.
Erscheinungen 155.
— klinische, bei period. Melancholie 119.
Erschöpfbarkeit 126.
Erschöpfung, ätiol. 25. 66.
— chronische konstitutionelle 128.
Erschöpfungsstupor 21.
Erschöpfungstoxine 66.
Erweichungsherde 384.
Erythema solare 255.
Erythrophobie 28. 134.
Euphorie 36. 43.
Exaltationen, primäre 42.
— sekundäre 43.
Exazerbationen 94.
Exhibitionismus 41. 142. 189.

F.

Fabulieren 228.
Facialisinnervation, Differenz ders. 349.
Fahnenflucht 253.
Familialpflege 82.
Faserdegeneration, paralytische 366.
Fechnersche Theorie 13.
Fetischismus 41.
Fibrillen siehe Neurofibrillen.
Fieberdelirien 183.
Flatulenz 135.
Flexibilitas cerea 48.
— bei Melancholie 104.
— bei Katatonie 256.
Flechsigsche Kur siehe Opiumkur.
Folie communique 178.
Folie du doute 132.
— imposée 178.
— impressionantes 178.
— raisonnante 92. 117.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Folie simultanée 178.
Folgeerscheinungen, körperliche 38.
— physische 38.
Fragesucht 29, 132.
Frühsymptome bei Paralyse 355.
Fugues 50.
— paralytische 356.
Funktion, vikariierende 2.
Furor epilepticus 40.
— hystericus 326.
Furchtvorstellungen, zwangsartige 56.
Fußclonus 351.

G.

Gang, ataktischer 349.
— paretischer 349.
— — bei Paralyse 349.
— spastischer 349.
— — bei traumatischer Neurose 136.
Ganglienzelle, Pigmentierung abnorme 367. 397.
— Veränderung bei Paralyse 364.
Gebärakt 59. 210.
Geburtstrauma 238.
Gedächtnis 17.
— logisches 228.
— -Defekt, isolierter 18.
— mechanisches 228.
Gedächtnisschwäche 18.
Gedächtnisstörungen 18.
Gedanken, Lautwerden derselben 9.
Gedankenarmut 92.
Gefäßveränderungen b. Arteriosklerose 386.
— bei Paralyse 364.
Gefangenschaft, ätiol. 62.
— siehe auch Haft.
Gefühle, sensorielle 4. 37. 38.
— negative 4. 42.
— positive 4. 42.
— intellektuelle 37.
— erregende 38.
— beruhigende 38.
— spannende 38.
— lösende 38.
— logische 38
— Veränderlichkeit derselben 39.
— Beeinflußbarkeit derselben 39.
Gefühlseinengung 42.
Gefühlsreaktion 4. 24.
Gefühlsbetonung 37. 151.
Gefühlsstörungen bei Paranoia 151.
— sensorielle 4. 137.
Gefühlsstumpfheit 42.
Gefühlsverarmung 42.
Gefühlskomponente 37.
Gefühlstöne, sekundäre 37.
— Reflexion derselben 37.
Gefüh'sanomalien 228.
Gefühlserregbarkeit, erhöhte 324.
Gehirnsyphilis 381.
— gummöse 389.
— meningitische 389.
— vaskuläre 389.
Gehirntumoren 398.
Geisteskrankheit im jurid. Sinne 87.
Geistesschwäche im jurid. Sinne 88.
Geistesstörung, periodische 114.
— im Senium 392.
Geistesstörung, arteriosklerotische 386.
— syphilitische 381.
Gelenkrheumatismus 62. 181. 183.
Gemeinempfindungen 5. 200.
Gemeingefühl, Störungen desselben 200.
Gemeingefährlichkeit 159. 168.
Generationsvorgänge, ätiol. 59. 61. 95. 108. 199.
Genickstarre 190.
Genitalerkrankungen, ätiol. 68.
Geplauder, ideenflüchtiges 21.
Gepräge, stereotypes 117.
Geruchstäuschungen 155.
Geschäftsfähigkeit 88.
— beschränkte 159.
Geschäftsunfähigkeit 87.
Geschlecht 59.
Geschlechtstrieb, gesteigerter bei Manie 91.
— — bei Paralyse 341.
— perverser 40.
Geschmackstäuschung 155.
Gesichtsausdruck 136.
Gesundheitsatteste 167.
Gewalttätigkeit 254.
Gewichtsabnahme bei Paralyse 364.
Gewohnheitsverbrecher 261.
Gicht 65.
Gifte, metallische 62.
Gleichzeitigkeitsassoziationen 20.
Glia 71.
— amöboide 194.
Gliafasern 365.
Gliomatose, diffuse tuberöse 55.
Gliose, diffuse 238.
— perivaskuläre 389.
Gliakerne, Wucherung ders. 365.
Globus hystericus 324.
Golginetz 2.
Gonorrhoe 190.
Gravidität siehe Schwangerschaft.
Graviditätspsychosen 61. 208.
— forensische, Bedeutung ders. 219.
Grausamkeit 41.
Greisenalter 109.
Grenzfälle 133.
Grenzzustände 85.
Grimasse 256.
Größenideen bei Manie 92.
Größenwahn 153.
— expansiver 36.
— blühender 358.
Grübelsucht 29. 131.
Gumma 398.

H.

Hämatome 252.
— der Dura 364. 405.
Hämolysinreaktion 354.
Häsitieren 345.
Haft 62. 171. 176. 199.
Halluzinationen 5. 33.
— stabile 5.
— hypnagogische 5.
— Reflex- 6.
— Gehörs- 7.
— Geruchs- 7.
— Geschmacks- 7.
— haptische 7.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Halluzinationen, kinästhetische 7.
— zusammengesetzte 8.
— vermittelte 9.
— unvermittelte 9.
— taktile 270. 292.
— optische 270. 292.
— begleitende 9.
— Apperzeptions- 10.
— Pseudo- 10.
— der Erinnerung 18.
Halluzinose, akute 111. 199.
— der Trinker 175.
Haltungsstereotypien 48. 255.
Handeln, Störungen desselben 46.
Handlungen, impulsive 12. 50. 51. 256.
— gewalttätige 308.
— reaktive 47.
— Trieb- 51.
— Zorn- 40.
— Zwangs- 28.
Harnblase, reizbare 354.
Harnblasenruptur 353.
Headsche Zonen 4.
Hebephrenie 245.
— schubartige Steigerung derselben 250.
— Remissionen bei derselben 250.
Heilung mit Defekt 72.
— dauernde bei Manie 118.
Heißhunger 5.
Hemmung 2. 103.
— motorische 21. 44.
— psychomotorische 12. 107. 110. 121.
— mit Spannungszuständen 44.
— der Aufmerksamkeit 22.
— halluzinatorische 12.
Hemmungsentladungen 45.
Herderkrankungen, syphilitische 64.
— kortikale 285.
Heredität siehe Vererbung.
Herzerkrankungen, ätiol. 67.
Herzhypochonder 134.
Herzneurose 134.
Herztätigkeit 106.
Hilfsschulen 234.
Hinterstrangerkrankungen 367.
Hirnerkrankung, arteriosklerotische 387.
— metasyphilitische 64.
— parasyphilitische 64.
Hirnhaut, harte 363.
— weiche 364.
Hirngewicht bei Paralyse 364.
Hirnrindenatrophie 364. 365.
Hirnrindenprozeß, materieller 3.
Hirnrindenverödung, senile 389. 397.
Hirnsektion 69.
Hitzschlag 63.
Homosexualität 40. 56.
Huntingtonsche Chorea 336.
Hungerschmerz 5.
Hutchinsonsche Trias 385.
Hydrocephalus externus 396.
— internus 232.
— bei Paralyse 364.
Hydrotherapie siehe Bäderbehandlung.
Hyoscin 99.
Hypästhesie 4.
Hypalgesie 4. 307.
Hyperästhesie 4.
Hyperaktivität 356.
Hyperakusis 329.
Hyperfunktion 5.
Hyperhedonie 4.
Hyperprosexie 20.
Hyperthymie 42.
Hyphedonie 4.
Hypochondrie 143.
— sexuelle Form derselben 147.
— gastrische Form derselben 147.
— cerebrale Form derselben 147.
— spinale Form derselben 147.
— Therapie bei derselben 149.
Hypomanie 91. 121.
Hypoglossus 349.
Hypospadie 56.
Hysterie 319ff.
Hysteroneurasthenie 4.

I.

Ich-Inhalt 37.
Ichvorstellungen 27.
Ideenassoziation 19ff.
— Verlangsamung derselben 21.
Ideen, autochthone 28.
— überwertige 27.
— Zwangs- 28.
Ideenbildung, wahnhafte 11.
Ideenflucht 21. 91. 116.
— melancholische 123.
— halluzinatorische 11. 21.
— manische 91.
— primäre 21.
Identifikation der Vorstellungen 21.
— — — Verlangsamung derselben 21.
Idiotie 224. 236.
— amaurotische, familiäre 238.
— mangoloide 238.
Illusionen 5. 12. 33.
Imbezillität 216. 224.
— erregte Form 230.
— stumpfe Form 229.
Impotenz, psychische 135.
Inanitionsdelirien 64. 185.
Individualität, Verfall derselben 32.
Infantilismus 232.
Infektion, psychische 68. 178.
Infektion bei Puerperalpsychosen 211.
Infektionskrankheiten, akute 63.
Infektionsdelir 180. 183.
Inferiorität, geistige 179.
Infiltration, kleinzellige 365.
Influenza 63. 180.
Initialdelirien 180.
Initiativbewegungen 47.
Inkohärenz, primäre 16. 24.
— sekundäre 21. 22. 24.
— mit Erregung 25.
Inkubationsdelirien 64. 183.
Innervationsstörungen 39.
Insolation 63.
Insuffizienzgefühl 102.
Intelligenzdefekt 36.
Intentionspsychosen 47.
Interferenz der Reize 2.
Intermittens 189.
Intervalle, freie 118.
Involution, senile 120.
Involutionsperiode 61.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Iris, asymmetrische 56.
— Colobom derselben 56. 232.
Irradiation 37.
Irresein, degeneratives 123.
— halluzinatorisches, akutes 199. 212.
— seniles 396.
— manisch-depressives 119.
Irresein, moralisches 229. 231.
— zirkuläres 114.
Isolierung 80. 195. 206.

J.

Jaktation, motorische 48. 52. 188. 190.
— der Vorstellungen 48.
Jendrassikscher Handgriff 351.
Jodoform, ätiol. 63.

K.

Kalorische Schädigungen 63.
Kalmückentyp 238.
Karbol, ätiol. 63.
Kardinalsymptom 76.
Karzinose 65.
Kataraktoperation, ätiol. 208.
Katatonie, epileptische Zeichen b. ders. 259.
Katatoner Symptomenkomplex 48. 49. 186. 201. 253.
Keimschädigung 64.
— alkoholische 58.
Kindesalter, Psychosen im 60.
Kinderlähmung, cerebrale 232.
Kindsmord 47.
Kleinheitswahn 86. 101.
Kleptomanie 51.
Klimakterium 117. 120.
Klimatische Kuren 141.
Knieangst 44.
Kniephänomen 96.
— bei Paralyse 350.
Koagitationszentren 3.
Kohlenoxydvergiftung 63. 293.
Körpergewicht, Verhalten desselben 51.
— bei Manie 94.
— bei Katatonie 259.
— bei Paralyse 352.
— bei Paranoia 175.
Körpertemperatur bei Paralyse 353.
Kochsalzinfusion 195.
Kokain, ätiol. 62.
— -Psychosen 292.
Kollapsdelirien 64. 185.
Koma 16.
Kommotionspsychose 402.
Komplementablenkung 383. 385.
Konfabulation 18. 262. 357.
Konstellation 21.
Kontinuität des Bewußtseins 14.
— der Neurone 2.
Konvexitätsmeningitis 64.
Konzeption 217.
Kopfangst 44.
Kopfgicht 65.
Kopfschmerz 128. 387. 402.
Kopftrauma 238.
Koprolalie 29. 132.
Korsakoff 283.
Korsakoffscher Symptomenkomplex 18. 63. 188. 191. 206.
Krämpfe siehe Anfälle.
Krankheitsbilder, paranoide 383.
Krankheitsgefühl bei Melancholie 106.
Krankheitsbewußtsein bei Amentia 202.
Krankheitserscheinungen, akzessorische 27.
— bei Amentia 204.
Kräftewechsel, psychischer 2.
Kretinismus 65. 240 ff.
Krisen, neurasthenische 136.
Kropf 240. 243.
Kryptorchismus 56.
Kynanthropie 156.

L.

Lachkrämpfe 326.
Laktophenin 156. 199.
Laktation 59. 108. 211.
Laktationspsychosen 209.
Laktations-Eifersuchtswahn 216.
Launenhaftigkeit 30.
Lähmungen der Augenmuskulatur 345.
Lähmungserscheinungen, körperliche 96.
Lebererkrankungen 66.
Leichtgläubigkeit, hysterische 325.
Lepra 190.
Lethargie 306.
Leuchtgas 63.
Libido sexualis 356.
Lidzittern 129.
Liepmannscher Versuch 7. 13.
Lissauersche Paralyse 363.
Logische Gefühle 38.
Logoklonie 346.
Logorrhoe 20.
Luftschlucken 256.
Lügenhaftigkeit, pathol. 19.
— epileptische 325.
— imbezille 231.
Lumbalpunktion 360.
Lust 38.
Lykanthropie 156.
Lymphosytose 354.

M.

Magnansches Zeichen 292.
Malaria, ätiol. 65. 189.
Malariakachexie 65.
— psychische Äquivalente 65.
Mania 90.
— chronische 95.
— epileptische 98.
— furiosa 93.
— mitis 93.
— periodische 116.
— puerperalis 209.
— unproduktive 123.
— verworrene 94.
— zornmütige 93.
Manieren, katatonische 257.
Manustupration 41.
Mannkopfsches Symptom 137.
Marasmus 362.
Marchimethode 71.
Marklageratrophie 389.
Masochismus 41.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mastkur 141.
Masturbation 47. 60. 135.
Medizinerhypochondrie 147.
Medulla oblongata 366.
Melancholie 101. 214.
Melancholia simplex 101. 119.
— agitata 101. 104.
— stupida 101. 104. 260.
— attonita 101. 104. 260.
— hypochondrische 102.
— periodische 119.
Melancholie im Senium 106.
— Mischformen bei derselben 116.
Meningitische Erscheinungen 187. 192. 238.
Meningitis gummosa 64. 384.
— cerebrospinalis epidemica 191.
Meningealaffektionen, syphilitische 381.
Menstruation, ätiol. 106. 199.
Menstrueller Typ der Manie 118.
—— der periodischen Melancholie 119. 125.
Merkfähigkeit 17. 229. 393.
Messingfieber 63.
Metasyphilitisch 64. 371.
Mikrocephalie 56.
Militärpsychosen 62.
Militärdienst 230. 253. 262.
Mimik 39.
Minderwertigkeit 59. 86. 101.
— Wahn derselben 101.
Miosis 343.
Mischform des manisch-depressiven Irreseins 116.
Mißtrauen 152.
Mitteilungsdrang 91.
Mongolismus 238.
Moral insanity 224. 231. 261.
Morbus Basedowii 4. 66.
Moria 94. 400.
Morphium 62. 288.
Morphinismus, Abstinenzerscheinungen bei demselben 289.
Morphiumdipsomanie 289.
Morphiumentziehung 290.
Motive, krankhafte 85.
Muskelatrophie 352.
Muskelerregbarkeit, mechanische 129. 258.
Muskelleistung, koordinierte 3.
Muskelspannung bei Melancholie 44.
Muskelschwäche 316.
Mutacismus oder Mutismus 21. 48.
— bei Katatonie 254.
— bei manischem Stupor 123.
— bei Melancholie 104.
Mydriasis 343.
Mysophobie 146.
Myxödem 65. 224. 234. 240. 242.

N.

Nachahmungsautomatie 51.
Nachstadium, hypomanisches 121.
Nährklistiere 113.
Nahrungsaufnahme 92. 94.
Nahrungsverweigerung 105. 202.
Narkolepsie 312.
Negativismus 48. 110. 202. 255.
Neigungen, suicidale 119.
Nephritis, ätiol. 65.
Nervenfasern 364.
Nervenheilstätten 141.
Nervenkrankheiten, luetische 67.
Nervenschwäche 126.
Nervenzelle 69. 364.
— Schädigung derselben 69. 70.
Nervina 142.
Nervosität, endogene 128.
Neuralgien 324.
Neurasthenie 126.
— angioneurotische 133.
— bei Arteriosklerose 387.
— dyspeptische 134.
— hereditäre 130.
— bei Paralyse 341.
— psychische 127.
— sexuelle 135.
— vasomotorische 134.
— forensische Bedeutung derselben 142.
Neurofibrillen 2. 364.
Neuronal 316.
Neuroglia siehe Glia.
Neurose, traumatische 135. 147.
Neurosoma 70.
Nisssche Körper 70.
Noctambulismus 15.
Nonne-Reaktion 354.
Nystagmus 56. 404.
— kongenitaler 232.

O.

Obstipation 113.
Ohr, Henkel- 56.
— Morrelsches 56.
Ohnmachten 259.
Onanie 47. 60. 135. 247.
Onomatomanie 27.
Opium 62.
Opiumkur bei Melancholie 113.
— bei Epilepsie 315.
— -Bromkur 315.
Opticusatrophie 345.
Organe, krankhafte 133.
Organempfindungen 5.
— abnorme hypochondrische 144.
— Halluzinationen derselben 5.
Orientiertheit 24.
Osteomalacie 65.
Othaematom 53. 353.
Ovarie 5. 324.

P.

Pachymeningitis haemorrhagica interna 365.
Pantomimik 40.
Pantophobie 131.
Parästhesie 5.
Paragraphie 26.
Paralgesie 5.
Parallelismus, psychophysischer 3.
Paralyse, allgemeine progressive 339.
— akute 362.
— agitierte Form 360.
— atypische 362.
— demente Form 358.
— depressive Form 360.
— expansive Form 358.
— foudroyante 362.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paralyse, Frühformen 362.
— Frühsymptome 354.
— galoppierende 362.
— konjugale 362.
— Lissauersche 363.
Tabo- 367.
Paramimie 26.
Paranoia, abortive 175.
— chronica 150. 216.
— acuta 171.
— originaria 151. 157.
— chronica simplex 152.
— — halluzinatoria 152. 154.
— akute alkoholische 111.
Paraparesen 137.
Paraphasie 26. 50. 345.
Paraphenie 78. 265.
Paraplegie, hysterische 296.
Parapraxie 50.
Parasyphilitisch 64.
Paraumbilikalpunkt 5.
Paramnesien 18.
Parese, pseudospastische mit Tremor 137.
Partialschädigungen 70.
Partialvorstellungen 16.
Patellarreflex 350.
Pavor nocturnus 56.
Pellagra 62. 190. 194.
Perzeptionsphantasmen 10.
Periodische Psychosen 92.
Persekutorischer Wahn 153.
Perseveration 29. 274. 306.
— motorische 49.
Persönlichkeit 24.
— Umwandlung derselben 154. 355.
— Veränderung, fortschreitende 168.
— Verfall derselben 37.
Petit mal 303.
Perversion der Sexualgefühle 40.
Pflegschaft 88.
Phantasielügen 19.
Phantasievorstellungen 16.
Phantasie, reiche bei Hysterie 325.
Phantasiewucherung 56.
Phasen der Delirien 187.
— der Fieberdelirien 185.
— der Manie 121.
— der Paralyse 342.
Phobien 28. 45. 131. 146.
Phoneme 7. 154.
— imperative 12.
Phrenokardie 134.
Phthise 189.
Plasmazellen 365. 366.
Platzangst 131.
Pleuritis 189.
Pneumonie 63. 189.
Pocken 189.
Poliencephalitis acuta superior 285.
Polikliniken 79.
Pollution 135.
Polyneuritis 284.
Polyopie, halluzinatorische 7.
Porencephalie 55. 238.
Poriomanie 51. 306.
Postinfektiöse Psychosen 64.
Potenz, Herabsetzung derselben 135.
Präkordialangst 44. 102.
Prädisposition 52.
Presbyophrenie 345. 395.
Primärsymptome 76.
Primordialdelirien 36.
Prognose, allgemeine 72.
Projektronszentren 3.
Prophylaxe 78.
Prostitution 230.
Protagonoide 71.
Protoplasma 2.
Prozesse, encephalitische 239.
— meninigitische 64.
Pseudologia phantastica 19.
Pseudoapraxie 29.
Pseudodemenz, psychogene 327.
Pseudodipsomanie 287.
Pseudomelancholie 131.
Pseudoparalyse 186. 382.
— alkoholische 276.
— urämische 377.
Pseudohalluzinationen 10.
Pseudoquerulanten 169.
Pseudoreminiszenzen 228. 284.
Pseudostupor 22.
Pseudotabes 187.
Psychische Ursachen 108.
Psychophysischer Parallelismus 3.
Psychoreflex der Pupillen 258.
Psychosen, menstruelle 125.
— postinfektiöse 64.
— toxische 267.
— zirkuläre 72.
Psychotherapie 80. 112. 113. 140. 149. 176.
Ptomaine 63.
Ptosis 351.
Pubertät 4. 60. 108. 199. 229. 246.
Puerperium 202.
Puerperalpsychosen 61. 208.
Pupillen 258.
— exzentrische 56.
— -differenz bei Neurasthenie 129.
— starre, reflextorische 343.
Pupillenstarre, katatonische 258.
— hysterische 329. 330.
Pupillenstörung bei Paralyse 342.
— im Senium 395.
— isolierte syphilitische 381.
— Psychoreflex derselben 258.
Pupillenunruhe 258.
Pupillarreflexe bei Epilepsie 305.
— — — Trägheit derselben 307.
Pyromanie 51.

Q.

Quecksilber 62.
Querulantenwahn 163.
Querulieren 168.

R.

Rachenreflex 296.
Rachitis 65.
Raptus melancholicus 105. 114.
Ratlosigkeit 24. 32.
Rausch, pathologischer 268ff.
Reaktion, perseveratorische 29.
— affektive 38.
— motorische 46.
Realitätsgefühl 263.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Recidiv 72. 114.
Rededrang 91.
Reflexe bei Hysterie 324.
— bei Paralyse 350 ff.
Reflexhalluzinationen 6.
Reflexpsychosen 67.
Reime 91.
Reizbarkeit, neurasthenische 126.
— paralytische 349.
— traumatische 304.
— gesteigerte 93.
Reize, automatische 1.
Reizerscheinungen, sensible 126. 129.
Reizschwelle 4.
Reizsymptome, interkurrente 41.
Reminiszenzen, ideenflüchtige 184.
Remissionen bei Manie 94. 118.
— bei Paralyse 361.
Reperzeption 9. 12.
Reproduktionsfälschungen 164.
Residualwahn 34. 274.
Respiration 106.
Rindenepilepsie 382.
Rippenbrüche 353.
Rückbildungsalter 109. 115. 120.
Rückenmark, Veränderung bei Paralyse 366.
Rülpsen 256.
Rumination 135.

S.

Sadismus 41.
Salvarsan 378.
Säuferwahnsinn 270.
Schädelmißbildungen 56.
Schädlichkeiten, kalorische 63.
— äußere 108.
Schielen 345.
Schilddrüse 65. 241. 242.
Schizophrenie 26. 245. 331.
Schlaf 14.
Schlaflosigkeit bei Amentia 204.
— bei Manie 92.
— bei Melancholie 94. 112.
— neurasthenische 142.
Schlafmittel und Dosierung derselben 99. 142. 195. 206.
Schlafstörungen, neurasthenische 142.
Schluckpneumonie 362.
Schlundsondenfütterung 113.
Schmerz 4. 38.
— psychischer 104.
Schmerzpunkte 4.
Schmerz, topalgischer 4.
Schmerzgeilheit 41.
Schreckneurose 135.
Schreckpsychose 45. 68.
Schriftstörungen, ataktische 346.
— paralytische 346.
Schriftstücke bei Hebephrenie 251.
— bei Katatonie 256.
— bei Dementia paranoides 263 ff.
— bei Paralyse 346.
Schwachsinn siehe auch Dementia 4. 120. 224.
Schwachsinn, endemischer strumöser 243.
— moralischer 231. 261.
Schwachsinnsformen, thyreogene 238.
Schwäche, reizbare 128.
Schwächezustände, geistige 95.
— arteriosklerotische 387.
Schwangerschaft 59. 108. 210. 335.
Schwangerschaftspsychosen 209.
Schwartenbildung 384.
Schwefelkohlenstoff 362.
Schweißsekretion, Anomalien ders. 252.
Schwindelgefühl, Anfälle von 128. 259. 351. 401.
Seelenblindheit 17.
Seelentaubheit 17.
Sehnenreflexe siehe Reflexe.
Seitenstrangerkrankung 367.
Sejunktion 23.
Sekundärempfindungen 5.
Sekundärreaktion 344.
Selbstbeobachtung, krankhafte 136. 145.
Selbstbeschädigung 257.
Selbstmord 47. 183. 191. 228. 250. 256. 355.
Selbstsucht, hysterische 325.
Selbstüberschätzung, hysterische 325.
Selbstvorwürfe 101.
Senium 109.
Sensibilitätsstörungen, sensorische 137.
Sepsis 362.
Sexualapparat, Störungen desselben 135.
Sexualgefühle 40.
— konträre 40. 56.
Silbenstolpern 345.
Silbenzusammenstellung, sinnlose 256.
Simulation 78. 137. 312.
Sinnesgebiete, kortikale 8.
Sinnestäuschungen, elementare 5. 92. 103. 154.
— siehe auch Halluzinationen.
— Plastizität ders. b. Fieberdelirien 184.
Sklerose der Ganglienzellen 394.
— multiple 400.
— tuberöse hypertrophische 238.
Skopolamin 99.
Sodomie 41.
Somnambulismus 15. 327.
Somnolenz 16.
Sopor 16.
Spätheilung 89.
Spannungsgefühl 38.
Spannungsirresein 253.
Spasmophilie 57. 310.
Spermatorrhoe 135.
Sperrung der Aufmerksamkeit 22.
Spinalirritation 129.
Spirochaete pallida 364.
Sprachstörungen, angeborene 56.
— neurasthenische 129.
— paralytische 345.
Sprache der Paranoiker 158.
Sprachvorstellungen 16.
Sprachverwirrtheit 49. 256
Sprechweise d. Amentia 201.
— d. Deliranten 184. 186.
Stadien d. Paralyse 342.
Stäbchenzellen 365 ff.
Stammbäume 117.
Status epilepticus 301. 317.
— paralyticus 352.
— präsens 75.
Stauungspapille 400.
Stellung, soziale 61.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stellung, dämonomanische 201.
— ekstatische 201.
Stereotypien 256. 249.
Stigmata, körperliche 232.
Stimme, Veränderung derselben 346.
Stimmen 154.
— siehe auch Phoneme.
— innere 6.
Stimmung, reizbare 130.
— heitere 90.
— affektbetonte 97.
Stimmungen 37.
— Anomalien 38.
— Labilität derselben 39.
— Wechsel derselben 90. 117.
Stirnhirnatrophie 364.
Stirnhirntumoren 398.
Störungen, klimakterische 109.
— körperliche 117.
Stottern 129.
Strabismus 56. 232.
Stupidität 21.
Stupor bei Amentia 201.
— Erschöpfungs- 21.
— katatoner 254.
— halluzinatorischer 11.
— manischer 122.
— motorischer 46.
— melancholischer 106.
— primärer 21.
— hysterischer 327.
— Pseudo- 22.
— sekundärer 22.
— zirkulärer 121.
Suggestibilität 272.
Sydenhamsche Chorea 336.
Symptomenkomplex, vasomotorischer 401.
Syndrom 75.
Syphilis, ätiol. 61. 64. 238. 368.
Syphilom 64.

T.

Tabak 62.
Tabische Symptome 383.
Tätigkeitsdrang 91. 97.
Tachykardie, paroxysmelle 134. 243.
Taubheit, hysterische 324.
Temperament, hypochondrisches 143.
Temperatur 204.
— bei Paralyse 353.
Temperatursteigerungen, postmortale 189.
Tobsucht 47. 93.
Topalgien 4.
Trauma, ätiol. 63. 199. 340. 401.
— psychisches 136. 190.
Traumatiker 147.
Traumatische Psychosen 401.
Traumzustände, pathologische 15.
Träume 15. 173. 154.
Tremor 129. 243. 270.
Trepanation 239.
Trichotillomanie 353.
Triebhandlungen 50.
Trigeminus 349.
Trophische Störungen bei Paralyse 352.
Tuberkulose 64. 362.
Turmschädel 56.
Typus, menstrueller 118.
Typus, prämenstrueller 118.
Typhomanie 183.
Typhus, ätiol. 181. 190.

U.

Überanstrengung, geistige 127.
Übererregbarkeit, vasomotorische 134.
Übergänge, fließende 120.
Übung 2.
Überschätzungsideen 92.
Umdeutung, wahnhafte 173.
Unfallneurose 135.
Unfallrente 136.
Unheilbarkeit 159.
Unlust 38.
Unlustgefühle 126.
Unorientiertheit 124.
Unterbringung in Anstalten 79.
Urämie, ätiol. 65.
Ursachen, gemütserschütternde 68.
— endogene 115.
— auslösende 117.
Urteilsassoziationen 20.
Urteilsfähigkeit 226. 247.
Urteilslosigkeit 309.
Urteilsschwäche, allgemeine 36. 357.
Urteilsvermögen 227.
Urticaria factitia 134.
Uterus infantilis 56.

V.

Variationen der Delirien 187.
Vasomotoren, Übererregbarkeit ders. 133.
Ventrikelgranulationen, paralytische 364.
Veranlagung, konträre homosexuelle 40.
— angeborene nervöse 127.
— hereditäre 167.
Veränderung, psychische 129.
Verarmungsvorstellungen 102.
Verbigeration 20. 29. 97. 256.
Verblödung bei period. Geistesstörung 247.
Verbrecher, jugendliche 83.
Verdauung, Störung derselben 106.
Vererbung, atavistische 54.
— degenerative 54.
— direkte 54.
— einfache 54.
— einseitige 54.
— gleichartige 57.
— indirekte 54.
— kollaterale 54.
— konvergente 54.
— kumulative 54.
Verfolgungsideen 103.
Verfolgungsvorstellungen 103.
Verfolgungswahn 153.
— physikalischer 264.
Vergiftungen, ätiol. 61. 171. 199.
Verhalten, psychisches 118.
Verlegenheitskonfabulation 284.
Verrücktheit, hypochondrische 154.
— hysterische 315.
— religiöse 156.
— originäre 156.
Verstimmung, heitere 42. 90.
— konstitutionelle 130.
— melancholische 48.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verstimmung, primäre 42.
— reizbare 40.
— sekundäre 43.
— traurige 43. 47. 101.
— mit Mißtrauen 152.
Versündigungsideen 102.
Verwandlungsdelir 328.
Verwirrtheit 26.
— agitierte 50.
— deliriöse 136.
— halluzinatorische akute 11. 97. 199.
— ideenflüchtige 94.
— pseudophasische 199.
— schwachsinnige 212.
— senile 306.
— traumhafte 176. 200.
Vikariieren 2.
Visionen 6.
— faszinierende 12. 155.
Vorbeireden 256.
Vorstadium der Manie 90.
— der Melancholie 101.
Vorstellungen 3.
— Ablenkbarkeit derselben 91.
— Haften einzelner 29.
— Jaktation derselben 48.
— Ablauf derselben 90.
— Flüchtigkeit derselben 91.
— hypochondrische 145.
— stereotype 30.
— der Minderwertigkeit 102.
Vorstellungsablauf, Erschwerung dess. 43.
Vorurteil 30.

W.

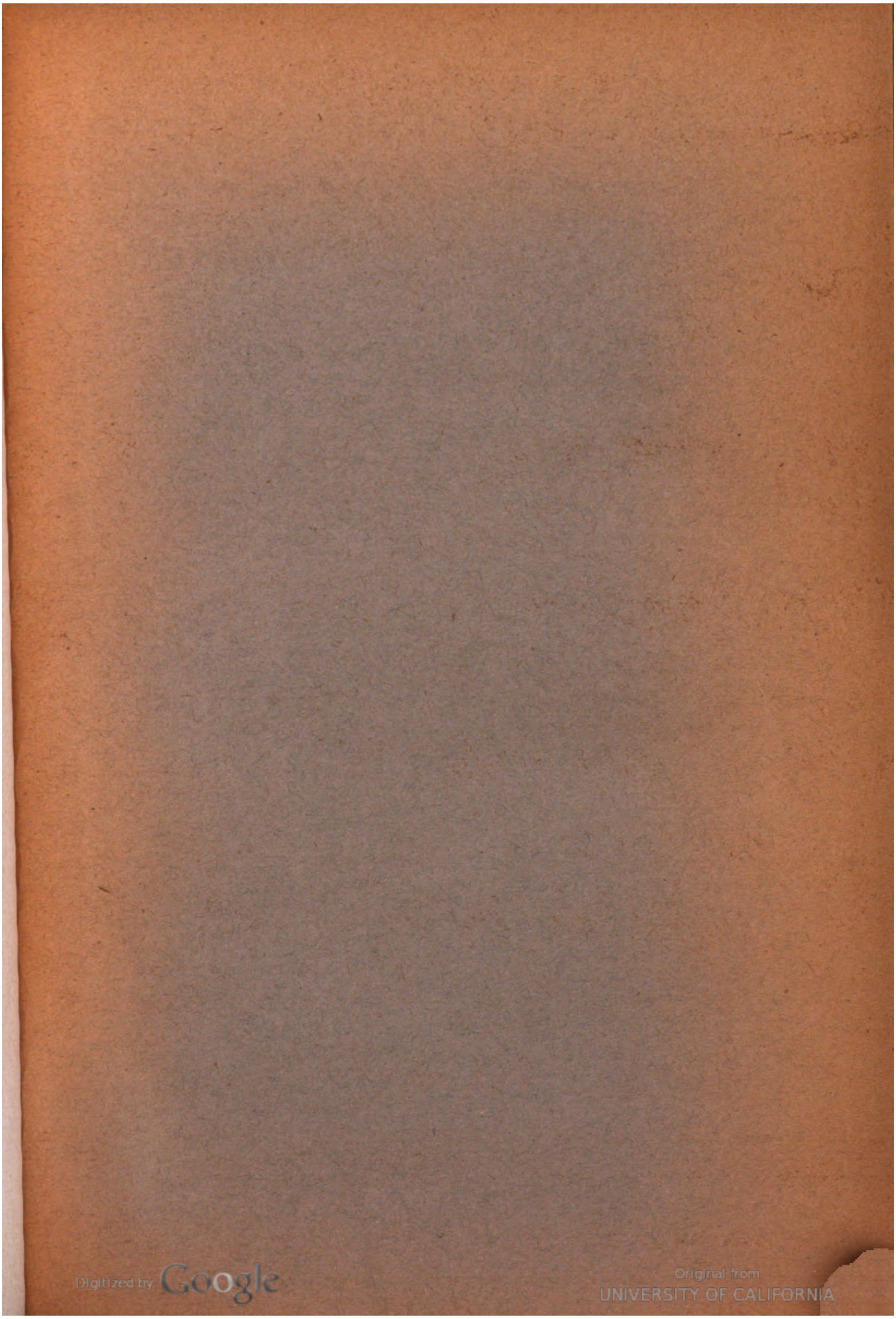
Wachabteilung 81.
Wahn, depressiver 36.
Wahnbildung 29 ff.
— ängstliche bei Delirium 184.
— akute dissoziative 35.
— erklärende 35.
— flüchtige 33.
— halluzinatorische 33.
— inkohärente 33.
— stabile 32.
— systematisierte 36.
Wahnhandlungen, ungültige 50.
Wahnhafte Einfälle 16. 173.
Wahngebäude 173.
Wahnideen, hypochondrische 102. 144.
— paralytische 358.
— persekutorische 405.
— senile 393.
— schwachsinnige 36.
— unsinnige 262.
Wahnsinn, akuter halluzinatorischer 199.
— persekutorischer 153.
Wahnvorstellungen, abgeleitete 46. 92.
Wahnvorstellungen, fixe 27.
— flüchtige 102.
— komplementäre 102.
Wahrnehmungstäuschungen 10.
Wandertrieb 50. 306.
Wankelmut 130.
Wassermannsche Reaktion 354. 384.
Wiedererkennen 20.
Wechselwirkung, psychophysische 3.
Weinkrämpfe 326.
Wesen, läppisches 247.
Willenlosigkeit 101.
Willenshandlungen 3. 46.
Witzelsucht 400.
Wochenbett 59. 108. 211.
Wollust 41.
Wortneubildungen 263.
Wortsalat 49. 97.
Wortwitze 91.
Wunschdelir 328.

Z.

Zebromal 316.
Zellenenergetik 2.
Zellveränderung 194.
Zentrenlehre Flechsigs 3.
Zerfahrenheit 346.
Zerstreutheit 22. 23.
Zirkuläres Irresein 115.
Zittern, siehe Tremor.
Zitterbewegungen bei Delir 187.
Zitterschrift 346.
Zivilisation 372.
Zonen, Headsche 4.
Zornaffekt 40. 43.
Zornhandlungen 40.
Zurechnungsfähigkeit 84.
— verminderte 86.
Zustandsbilder 75.
— delirante 16.
— der Hebephrenie 246.
— neurasthenische der Paralyse 341.
— paranoische 171.
— unreine 57.
Zustandsformen, katatonische 44.
Zwangsaffekte 46.
Zwangsdenken 27.
Zwangsempfindungen 10.
Zwangserziehung 83. 235.
Zwangsfütterung 80.
Zwangshandlungen 28. 46.
Zwangsreden 29.
Zwangsvorstellungen 27. 131. 146.
— Paroxysmen derselben 142.
Zweifel 132.
Zwergwuchs 56. 240.
Zyklus 72. 120.
Zyklothymie 72. 121.

G. Pätz'sche Buchdr. Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. d. S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

THE LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
San Francisco Medical Center

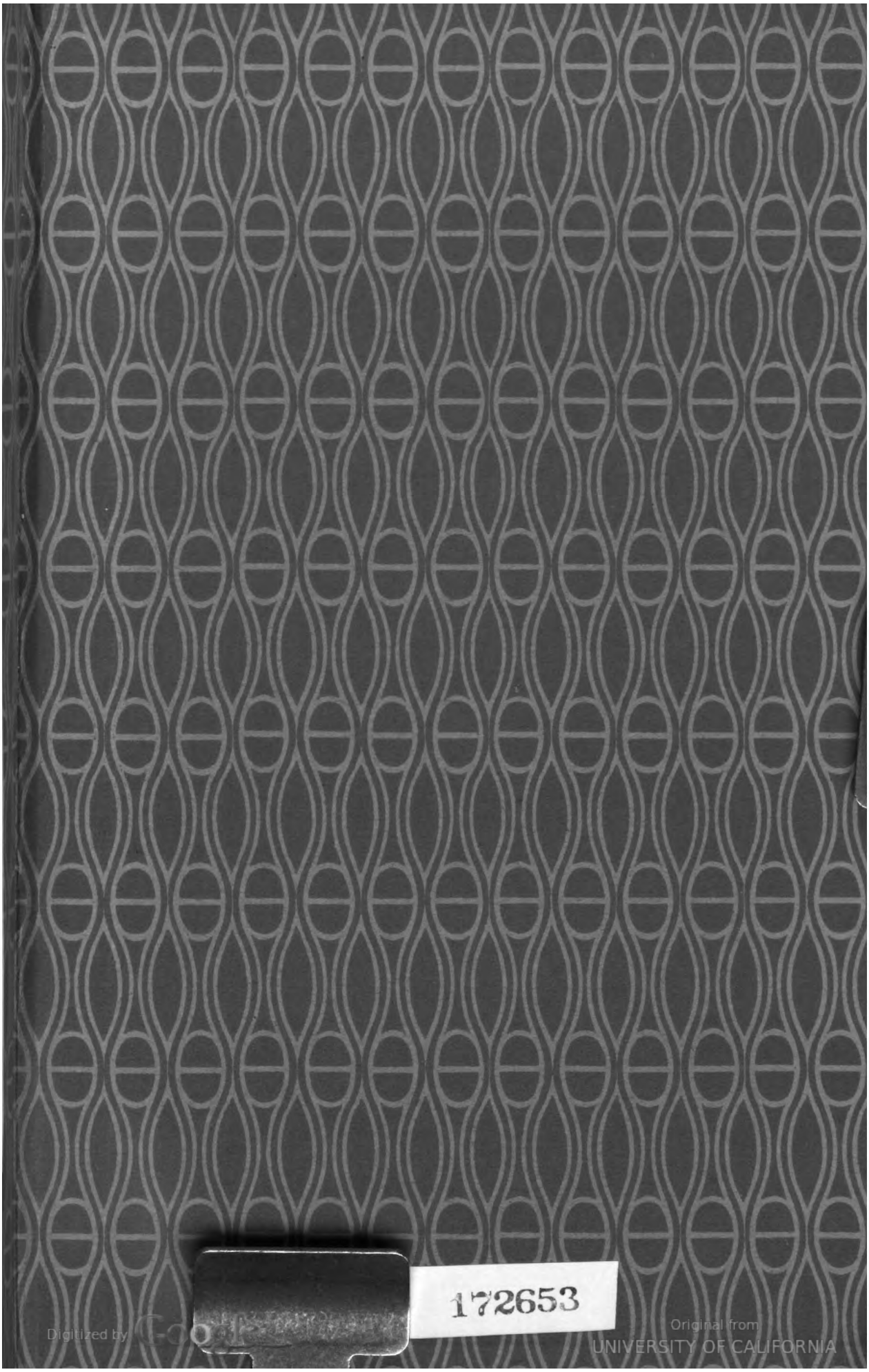
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to fines according to the Library Lending Code.

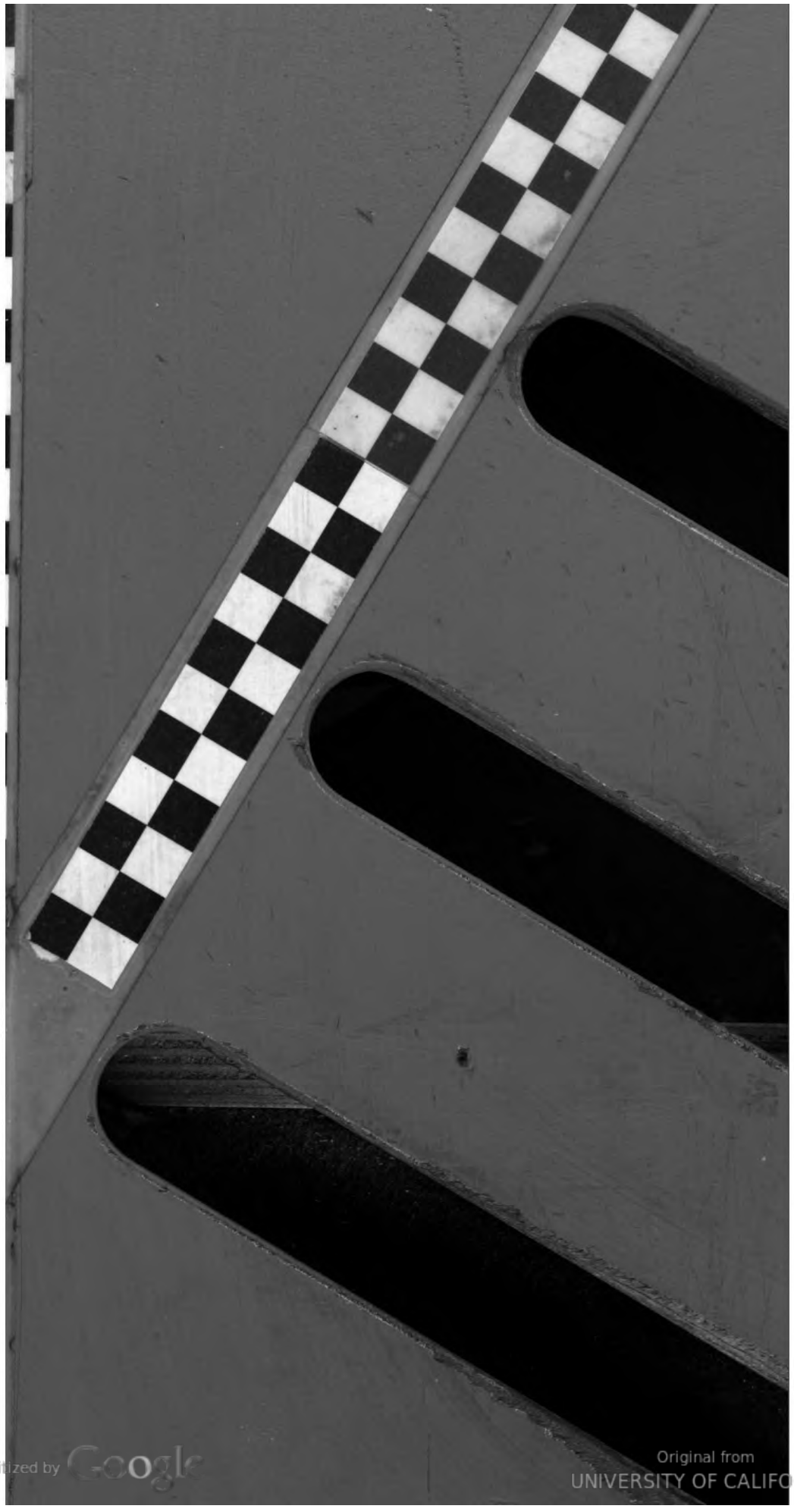
Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

30m-10,'61(C3941s4)4128

Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

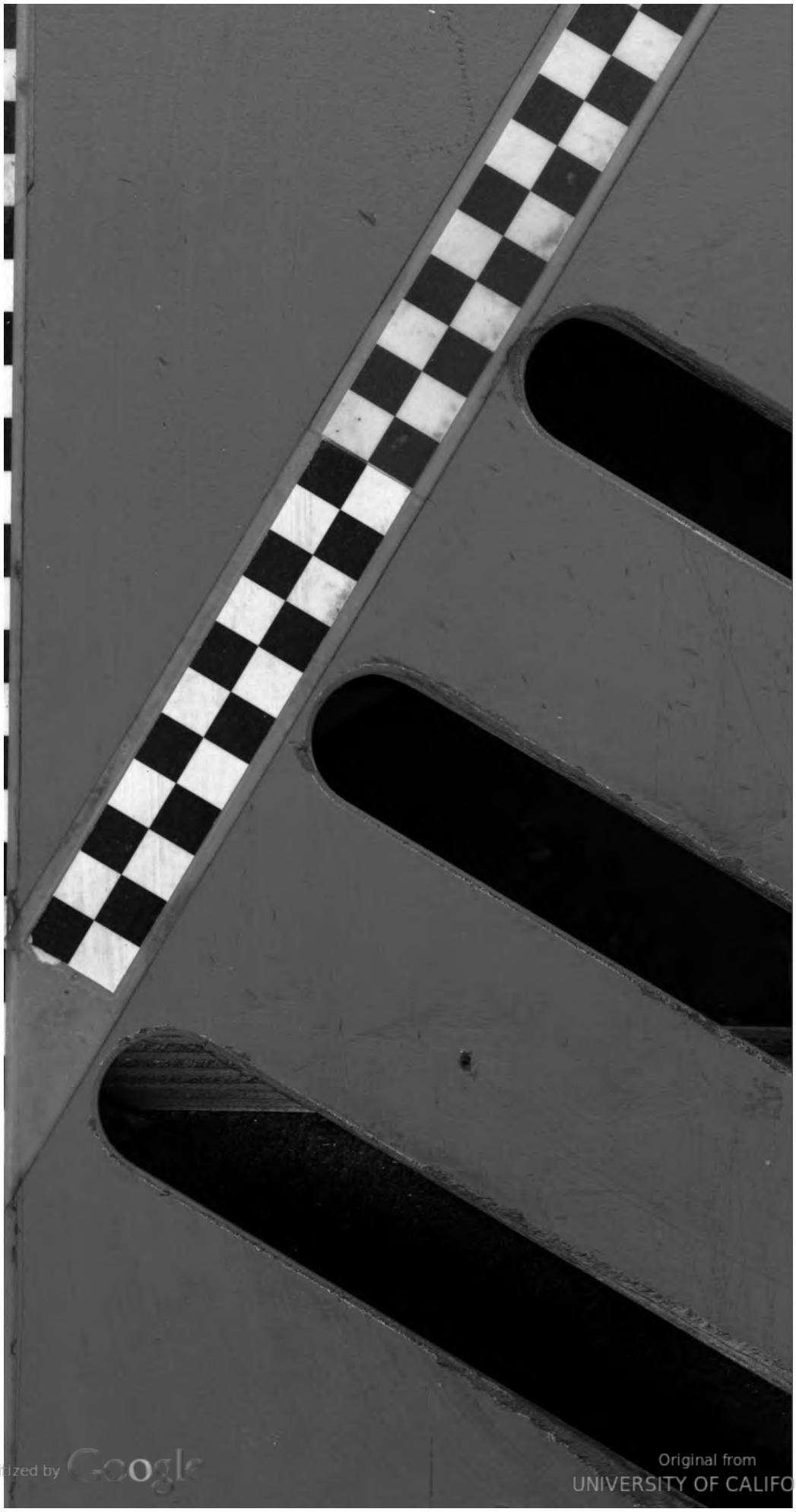

172653
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

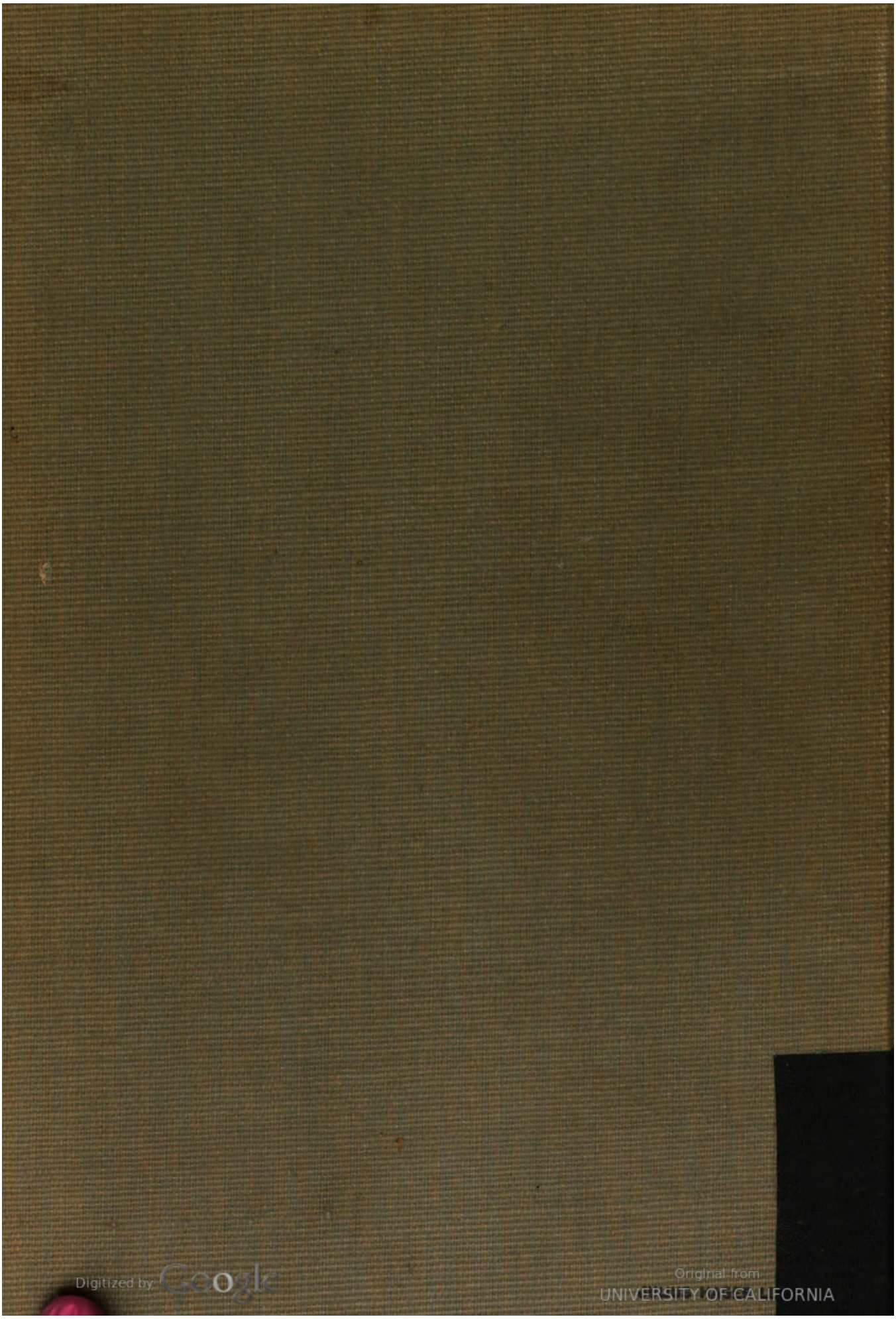


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2018-07-16 14:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b5273922
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google